

Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica

Impacto na Perceção de Qualidade de Vida e de Suporte
Social

Carlos Daniel Fernandes Violante

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde.

Orientada por: Professora, Doutora Maria Isabel Lajoso Amorim
Coorientado por: Professora Mara Rocha

Esta Dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Viana do Castelo, Setembro, 2012

Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica

Impacto na Perceção de Qualidade de Vida e de Suporte
Social

Carlos Daniel Fernandes Violante

Orientada por: Professora, Doutora Maria Isabel Lajoso Amorim
Coorientado por: Professora Mara Rocha

Viana do Castelo, Setembro, 2012

RESUMO

O aumento de estudos na área da saúde mental possibilitou a apreciação das consequências da doença mental. Nas perspetivas atuais indica-se como imprescindível melhorar a intervenção na área da reabilitação psicossocial no sentido de maximizar os ganhos em saúde e melhorar a Qualidade de Vida das pessoas com doença mental crónica. Com benefícios para este processo surge o Suporte Social aos indivíduos em processo de integração comunitária.

Indispensável, para o sucesso deste processo, será proceder à avaliação de todos os programas e intervenções implementados, para compreender, a partir da perceção dos indivíduos beneficiários das intervenções, se estas contribuem efetivamente para a melhoria do seu bem-estar e para a sua satisfação com o tratamento. Tal avaliação nas pessoas com doença mental crónica torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo.

É objetivo deste estudo, avaliar um programa de intervenção em reabilitação psicossocial implementado em unidades específicas duma Instituição Psiquiátrica, cujo objetivo primordial é a melhoria da Qualidade de Vida dos indivíduos, de forma a inserir os contributos da investigação na revisão do programa, aperfeiçoando a atividade em curso e melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Para a consecução deste objetivo geral, definiu-se um estudo quase experimental e transversal no paradigma quantitativo. Nele participaram 94 indivíduos (divididos em dois grupos: experimental e controlo) e, através de entrevista, aplicou-se, um questionário para recolha de informação sociodemográfica e clínica, um instrumento para avaliação da perceção de Qualidade de Vida (SF-36) e um instrumento para avaliação da perceção de Suporte Social (Escala de Apoio Social).

Os resultados sugerem que a participação no programa de reabilitação psicossocial surte um efeito positivo na perceção de Qualidade de Vida e de Suporte Social dos indivíduos internados. Verificou-se uma elevada perceção de Suporte Social nos indivíduos do grupo experimental o que nos demonstra a validade do trabalho individualizado que é realizado. Foi ainda verificado que esta elevada perceção de Suporte Social influencia positivamente a perceção de Qualidade de Vida dos indivíduos. Não foi possível inferir, em rigor, relações entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas com a perceção de Qualidade de Vida ou de Suporte Social.

Os principais resultados deste estudo salientam a importância de privilegiar a inclusão deste programa nas intervenções a implementar noutras unidades da Instituição onde decorreu o estudo com o objetivo de melhorar a Qualidade de Vida dos indivíduos com doença mental crónica.

Palavras-chave: Avaliação, programa de reabilitação psicossocial, qualidade de vida, suporte social

ABSTRACT

The increase in studies on mental health led to the appreciation of the consequences of mental illness. In the current outlook is indicated as essential to improve the intervention in the area of psychosocial rehabilitation in order to maximize health gains and improve the quality of life of people with chronic mental illness. With benefits to this process comes the Social Support to individuals in the process of community integration.

Essential to the success of this process is the evaluation of all programs and interventions implemented to understand the perceptions of individuals from the beneficiaries of assistance, if they contribute effectively to the improvement of their well-being and satisfaction with treatment. Such an assessment in people with chronic mental illness became even more important, since treatment is not curative.

The aim of this study was to evaluate an intervention program implemented in psychosocial rehabilitation units of a specific psychiatric institution, whose primary objective is to improve the quality of life of individuals, in order to insert the contributions of the research review of the program, improving the current activity and improving the quality of the services provided.

To achieve this overall objective, we defined an experimental and cross-sectional quantitative paradigm study. There were 94 individuals who participated in the study (divided into two groups: experimental and control), and through interviews, we applied a questionnaire to collect socio-demographic information and clinical instrument for assessing the perception of quality of life (SF-36) and an instrument to evaluate the perception of Social Support (Scale Social Support).

The results suggest that the participation in the psychosocial rehabilitation program have positive effect on the perception of quality of life and Social Support of the individuals hospitalized. There was a high perception of Social Support individuals in the experimental group which demonstrates the validity of the individual work that is undertaken. It was also found that this increased Social Support perception positively influences the perception of quality of life of individuals. It was not possible to infer, in rigor, relationships between socio-demographic and clinical perceptions of quality of life or Social Support.

The main results of this study highlight the importance of promoting the inclusion of this program to implement interventions in other units of the institution where the study took place in order to improve the quality of life of individuals with chronic mental illness.

Keywords: Evaluation, psychosocial rehabilitation program, quality of life, social support

RESUMEN

La existencia actual de un gran número de estudios relacionados con la salud mental nos permite analizar cuáles son las consecuencias de la enfermedad mental. Actualmente, se sabe que es imprescindible mejorar la intervención en la área de la Rehabilitación Psicosocial, con el objetivo de maximizar los beneficios en salud y mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad mental crónica. Con beneficios para este proceso, surge el Soporte Social para los individuos en proceso de integración comunitaria. Para tener éxito en este proceso, es indispensable realizar la valoración de todas las intervenciones implementadas, para comprender, a partir de la percepción de los beneficiarios, si estas intervenciones contribuyen efectivamente para mejorar el bienestar de los participantes y para conocer cuál es la satisfacción en relación al tratamiento. Esta evaluación realizada junto con estas personas, se convierte en algo esencial, ya que el tratamiento no es curativo.

El objetivo de este estudio es valorar un programa de intervención en Rehabilitación Psicosocial implementado en unidades específicas, más concretamente en una Institución Psiquiátrica y que tiene como objetivo primordial la mejora de la calidad de vida de los clientes, para posteriormente perfeccionar las actividades existentes, con base en los resultados obtenidos en este estudio.

Para llegar a este objetivo general, se definió un estudio cuasi-experimental y transversal, utilizando un paradigma cuantitativo. En él participaron 94 clientes (en dos grupos diferenciados: experimental y de control) y, a través de entrevistas, se aplicó un cuestionario para conocer aspectos sócio-demográficos y clínicos de los participantes, un instrumento para valorar la percepción de la Calidad de Vida (SF-36) y un instrumento para valorar la percepción del Soporte Social (Escala de Apoyo Social).

Los resultados sugieren que la participación en el programa de Rehabilitación Psicosocial tiene un efecto positivo en relación a la percepción de la Calidad de Vida y del Soporte Social de los clientes internados. Se verifica también una elevada percepción del Soporte Social en los clientes del grupo experimental, lo que nos indica la validez del trabajo que es realizado individualmente con los mismos. Además, se verificó que esta elevada percepción del Soporte Social tiene influencia positiva en la percepción de la Calidad de Vidas de estos clientes. No fue posible extrapolar, con rigor, las relaciones entre las variables socio-demográficas y clínicas con la percepción de la Calidad de Vida o del Soporte Social.

Los principales resultados de este estudio realzan la necesidad de dar una mayor atención a la inclusión de este programa en las intervenciones que se tienen que implementar en otras unidades de la Institución donde se realizó el estudio, con el objetivo de mejorar la Calidad de Vida de los clientes con enfermedad mental crónica.

Palabras claves: Valoración, programas de Rehabilitación Psicosocial, Calidad de Vida, Soporte Social.

AGRADECIMENTOS

Com incertezas e dúvidas, com a solidão de muitas horas de trabalho, chegou-se ao fim de um percurso.

Partiu-se do nada, apenas impulsionado pela meta desejada. Houve momentos de sensação de incapacidade por vezes vontade de desistir. Mas a teimosia nem sempre é defeito...às vezes manifesta-se uma grande qualidade. Ao chegar ao fim deste percurso, vejo claramente que nada conseguiria sem o estímulo de várias pessoas que aqui não poderei descrever. No entanto, existem alguns a quem ficarei eternamente grato e não posso deixar de aqui mencionar.

Deste modo gostaria de manifestar o meu agradecimento:

Às professoras Isabel Amorim e Mara Rocha pela disponibilidade;

Aos utentes pela colaboração;

À Instituição, na pessoa da Diretora, pela cooperação;

À Olinda pela ajuda;

À Marina pelo apoio;

Ao João Pedro pelo estímulo;

E ao meu pai pela confiança exagerada...

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

D.R.	Diário da República
cv	Coeficiente de variação
dp	Desvio padrão
gl	Graus de liberdade
m	Média
md	Mediana
Máx.	Máximo
Mín.	Mínimo
n	Frequência Absoluta
n.d	Desconhecido
N.º	Número
nº	Número
p.	Página
pp.	Páginas
AGF	Avaliação Global do Funcionamento
APA	American Psychiatric Association
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CF	Componente Física
CM	Componente Mental
CNSM	Conselho Nacional de Saúde Mental
CNRSSM	Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
DC	Dor Corporal
DE	Desempenho Emocional
DF	Desempenho Físico
DGS	Direcção-Geral da saúde

FF	Função Física
FS	Função Social
GC	Grupo Controlo
GDS	Global Deterioration Scale
GE	Grupo Experimental
MMSE	Mini-Mental State Examination
MOS	Medical Outcomes Study
NPI	Inventário Neuropsiquiátrico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada com a saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SF-36	Study 36-item Short-Form Health Survey
SG	Saúde Geral
SM	Saúde Mental
SS	Suporte Social
VT	Vitalidade
%	Frequência Relativa

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DOENÇA MENTAL CRÓNICA	5
1 – SAÚDE E DOENÇA MENTAL – PROBLEMÁTICA E INTERVENÇÃO	6
2 – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – PROGRAMAS E AVALIAÇÃO	11
3 – QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	19
4. SUPORTE SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	28
5. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM ESTUDO	35
CAPÍTULO II – DESENHO DO ESTUDO.....	38
1 – MÉTODO	39
1.1. Tipo de Estudo	39
1.2. Objetivos do Estudo	40
1.3. População e amostra.....	41
1.4. Instrumentos de recolha de dados	41
1.4.1. Instrumentos para aplicação de critérios de inclusão	42
1.4.2. Instrumentos para consecução dos objetivos do estudo	44
1.5. Procedimentos	46
1.6. Tratamento estatístico dos dados	47
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
2.1. Caraterísticas Sociodemográficas.....	49
2.2. Caraterísticas Clínicas.....	52
2.3. Qualidade de Vida.....	53
2.4. Suporte Social.....	56
2.5. Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Qualidade de Vida.....	58
2.6. Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Suporte Social.....	60
2.7. Relação entre Variáveis Clínicas e Qualidade de Vida.....	62
2.8. Relação entre Variáveis Clínicas e Suporte Social.....	63
2.9. Relação entre Suporte Social e Qualidade de Vida.....	64
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
CONCLUSÕES.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
ANEXOS	83

Anexo I - Escala MMSE	84
Anexo II – Escala de Barthel.....	85
Anexo III - Escala de Supervisão.....	86
Anexo IV – Escala AGF	87
Anexo V - Escala NPI	88
Anexo VI – Escala de Apoio Social	89
Anexo VII - Escala SF-36v2.....	90
APÊNDICES.....	91
Apêndice A – Questionário Sócio-demográfico	92
Apêndice B – Autorização para Realização do Estudo	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Valores de alfa de Cronbach da Escala de Avaliação de Apoio Social	45
Quadro 2 – Valores de alfa de Cronbach da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – SF-36v2	46
Quadro 3 – Caracterização da amostra quanto à idade	49
Quadro 4 – Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias.....	50
Quadro 5 - Caracterização da amostra quanto ao estado civil	51
Quadro 6 – Caracterização da amostra quanto ao número de visitas e visitantes.....	51
Quadro 7 – Caracterização da amostra quanto ao diagnóstico	52
Quadro 8 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de internamento	52
Quadro 9 – Caracterização da amostra quanto aos anos de internamento em unidades de reabilitação	53
Quadro 10 – Resultados da avaliação da percepção de qualidade de vida	53
Quadro 11 – Comparação dos valores médios de percepção de qualidade de vida.....	56
Quadro 12 – Resultados da avaliação da percepção do suporte social	57
Quadro 13 – Comparação dos valores médios de percepção de suporte social	58
Quadro 14 – Relação entre as variáveis idade e qualidade de vida.....	58
Quadro 15 – Relação entre as variáveis estado civil e qualidade de vida	59
Quadro 16 – Relação entre as variáveis habilitações literárias e a qualidade de vida	60
Quadro 17 – Relação entre as variáveis idade e suporte social	60
Quadro 18 – Relação entre as variáveis estado civil e suporte social.....	61
Quadro 19 – Relação entre as variáveis habilitações literárias e suporte social.....	61
Quadro 20 – Relação entre as variáveis diagnóstico e qualidade de vida.....	62
Quadro 21 – Relação entre as variáveis anos de internamento e qualidade de vida.....	63
Quadro 22 – Relação entre as variáveis diagnóstico e suporte social	63
Quadro 23 – Relação entre as variáveis anos de internamento e suporte social.....	63
Quadro 24 – Relação entre as variáveis suporte social e qualidade de vida.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustração 1 - Representação gráfica dos resultados da escala SF-36v2.....	54
Ilustração 2 - Representação gráfica dos resultados da Escala de Suporte Social.....	57

INTRODUÇÃO

A doença mental faz parte da vida do homem desde há vários séculos, sendo que, atualmente, os problemas de saúde mental representam um crescendo preocupante nas várias formas que vêm assumindo, desde sintomas psiquiátricos, a manifestações psicossomáticas, problemas de comportamento ou mesmo perturbações emocionais, constituindo-se como um grave problema.

O aumento de estudos na área da saúde mental, possibilitou a apreciação das consequências da doença mental, quer em termos de mortalidade e morbilidade, quer em termos económicos e sociais, evidenciando a importância desta área que durante imenso tempo foi 'negligenciada'. Hoje sabemos que a doença mental é um problema de todos e que nos afeta em conjunto, e não apenas a quem sofre desta enfermidade. Nas perspetivas atuais, o próximo passo será melhorar a intervenção na área da reabilitação psicossocial e reforçar a área da prevenção no sentido de maximizar os ganhos em saúde obtidos.

Para além da intervenção diferenciada alude-se atualmente à imprescindibilidade da avaliação das ações implementadas, existindo assim diversas orientações no sentido de aumentar o conhecimento, nesta área, através da colheita sistemática de dados nas populações e do incentivo à investigação epidemiológica sobre causas, determinantes, implicações da saúde mental e da doença mental, intervenções e boas práticas, que nos permitam inferir acerca dos benefícios, quer em ganhos em saúde, quer em ganhos económico-financeiros, obtidos com a implementação e desenvolvimento dos programas de intervenção.

Neste contexto, a reabilitação psicossocial assume-se, presentemente, como um processo central através do qual pessoas incapacitadas criam oportunidades para um envolvimento ativo no desenvolvimento de competências físicas, emocionais e intelectuais, as quais são indispensáveis para fazer face às exigências sociais, residenciais e vocacionais dentro da comunidade. O objetivo é permitir a pessoas com doença mental crónica serem participantes de uma comunidade da sua escolha, usufruindo de atividades que, para a generalidade, são algo de comum, utilizando o mínimo possível de sistemas de suporte de profissionais ou serviços.

Todo este cenário de reabilitação psicossocial, que se perspetiva como possibilidade de intervenção para muitas pessoas com problemas de saúde mental, trouxe enormes melhorias ao seu tratamento e à sua Qualidade de Vida (QV).

Ressalva-se que as intervenções devem ser implementadas de forma coordenada e devidamente planeada devendo ser organizadas em programas bem estruturados que possibilitem alcançar fins em saúde e que permitam uma avaliação desses ganhos. Na verdade, a necessidade de gerir recursos humanos, de tempo, financeiros, físicos ou estruturais, obrigam-nos a uma análise cuidadosa de todos os aspetos envolvidos nas intervenções, custos e suas consequências, sendo portanto indispensável proceder à avaliação de todos estes programas e intervenções implementados.

Com este propósito, o interesse em avaliar a QV relacionada com os cuidados de saúde em geral, e com a reabilitação psicossocial em particular, tem aumentado nos últimos anos. O pressuposto

debruça-se sobre a obtenção de avaliações precisas relativamente à saúde dos indivíduos e das populações, bem como ao conhecimento dos possíveis benefícios e danos que podem estar relacionados com as intervenções.

Trata-se de compreender, a partir da percepção subjetiva dos indivíduos beneficiários das intervenções, se estas contribuem efetivamente para a melhoria do seu bem-estar. Tal avaliação nas pessoas com doença mental crónica torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo.

Apesar de existirem várias investigações que nos demonstram a validade dos Programas de Reabilitação Psicossocial, no que à melhoria da QV diz respeito, em Portugal, particularmente, são escassos os dados de pesquisa sobre este tema, pelo que se torna urgente desenvolver estudos de investigação que permitam indagar acerca da eficácia destes programas.

Para além da perspetiva da avaliação da QV surge-nos a necessidade de identificar o potencial de Suporte Social (SS) que as instituições formais podem proporcionar como forma de perceber se a mesma funciona como fator protetor dos indivíduos em processos de desinstitucionalização.

Tal necessidade é justificada no facto de termos conhecimento que as redes sociais quando permanentes, ativas, contínuas e fiáveis protegem o indivíduo, atuando como fatores de ajuda e encaminhamento, melhorando os processos de tratamento e sendo portanto propiciadoras de saúde. Desta forma, será essencial investigar as redes e sistemas de suporte comunitário formais e informais pois os estudos demonstram-nos que, em situações de crise, as pessoas com doença mental crónica conseguem evitar o internamento, pelo Suporte Social (SS) prestado pelas pessoas de referência ou por técnicos.

Sabendo que o conhecimento das características destas redes sociais poderá aumentar a nossa informação sobre o grau/potencial de integração de um indivíduo devemos realizar investigação nesta área sempre que sejam implementados programas de reabilitação cujo objetivo final seja a inserção do indivíduo na comunidade.

O trabalho apresentado pretendeu abordar a avaliação de um programa de reabilitação psicossocial em que se partiu do pressuposto de que o conjunto de intervenções definido pode influenciar a percepção de QV e de SS dos utentes em programa.

Desta forma, neste trabalho, apresenta-se a QV como sendo uma variável que permite verificar a validade e os benefícios de variadas intervenções, contudo, defendemos que tal constructo depende de inúmeros fatores nomeadamente da percepção de SS. É importante compreender ainda que, a avaliação da QV, na perspetiva subjetiva dos utentes, reveste-se de características próprias, principalmente no que a indivíduos com doença mental crónica diz respeito, no entanto, na nossa opinião, sendo rigorosa poderá facilitar o planeamento em saúde e até a intervenção particular nos indivíduos.

Consideramos ainda que o SS tem grande importância na saúde mental dos indivíduos (doentes e não doentes) bem como na sua percepção da QV. A rede social formal e informal constituída por instituições desempenha um papel relevante, pois constitui-se como fator facilitador no controlo de situações problemáticas e previne perturbações psicológicas e orgânicas quando o indivíduo é confrontado com situações stressantes. O SS apresenta um papel fulcral na diminuição da

gravidade da doença e na recuperação desta, motivo pelo qual, optámos por considerá-lo no desenvolvimento do trabalho a que nos propomos.

Assim, tendo por base a avaliação de um programa de reabilitação psicossocial implementado numa instituição hospitalar psiquiátrica, colocamos a seguinte questão de partida: Será que os programas de reabilitação psicossocial, implementados nas Unidades de Reabilitação, duma instituição hospitalar que pertence à Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, contribuem para uma melhor QV dos utentes internados?

Definimos como hipóteses para este estudo:

- Os programas de reabilitação psicossocial influenciam a percepção de Qualidade de Vida e a percepção de Suporte Social dos utentes.
- Existe relação entre percepção da Qualidade de Vida e a percepção do Suporte Social.
- Existe relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a percepção de Qualidade de Vida e de Suporte Social.

Deste modo com a finalidade de conceder contributos para a gestão do serviço e cooperar no planeamento das intervenções, pretendemos avaliar o programa de intervenção em reabilitação psicossocial implementado em unidades específicas da instituição de forma a inserir os contributos da investigação na revisão do programa aperfeiçoando a atividade em curso e a melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Destacamos que nos foi possível constatar, após revisão bibliográfica da temática que, nos estudos realizados a nível internacional, os programas de reabilitação psicossocial influenciam positivamente a QV dos indivíduos com doença mental crónica e que a percepção de SS desempenha um papel relevante na QV dos mesmos. Pretende-se verificar se o mesmo se verifica na população em estudo obtendo assim contributos para o planeamento das intervenções.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes:

Na primeira parte, faz-se uma contextualização da problemática em estudo que se constitui como um quadro conceptual promotor de um maior conhecimento do tema e apresenta-se em cinco capítulos: no primeiro capítulo abordam-se aspetos relacionados com o processo de saúde/doença mental explicitando os conceitos e contextualizando a problemática e a sua evolução; no segundo capítulo apresenta-se o conceito de reabilitação psicossocial em pessoas com doença mental crónica examinando a sua evolução e as perspetivas atuais na avaliação dos programas definidos, explicitando a importância da investigação e os seus contributos para a gestão; no terceiro capítulo analisa-se o conceito de QV bem com os vários aspetos relacionados com a sua avaliação, na doença mental crónica e especificamente em utentes em programas de reabilitação psicossocial; no quarto capítulo explana-se o conceito de SS expondo a sua relação com a saúde mental, a QV e a reabilitação psicossocial e finalmente no quinto capítulo descreve-se o programa de reabilitação psicossocial em estudo.

A segunda parte do trabalho aborda o processo de investigação realizado, onde são clarificados os objetivos propostos e as hipóteses de investigação e onde são explicitadas as questões metodológicas que permitiram o seu desenvolvimento, assim como a descrição e análise dos resultados e as principais conclusões. Terminamos com uma reflexão crítica acerca dos

procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, com as respectivas implicações na prática.

CAPÍTULO I – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DOENÇA MENTAL CRÓNICA

1 – SAÚDE E DOENÇA MENTAL – PROBLEMÁTICA E INTERVENÇÃO

Lehtinen, Ozamiz, Underwood e Weiss (2005), referem que a saúde mental é um componente inseparável da saúde em geral e do bem-estar. A visão da saúde mental tem sofrido ao longo das últimas décadas enormes transformações, passando de um panorama caracterizado pelo estigma e discriminação, o qual se manifestava na indiferença e tentativa de manter longe da sociedade os doentes mentais, para um paradigma em que o mundo toma consciência da enorme carga e do potencial de importância que existe na saúde mental. Desta forma, a saúde mental assume-se, atualmente, como um aspeto chave para a QV de qualquer pessoa, sendo determinante na nossa sociedade.

A saúde mental não se refere somente a características e condições intrapessoais, mas constrói-se na relação do indivíduo com o meio envolvente. Neste sentido, a família, os amigos, o trabalho e a comunidade em geral, constituem os contextos quotidianos de vida, podendo agir como facilitadores ou como barreiras à saúde mental.

Alves (2001), menciona que a doença tem consequências, não só a nível individual, mas também a nível do grupo e da comunidade onde a pessoa está inserida, dado que pode interferir na relação entre ela e os seus membros, reduzindo a sua capacidade de exercer e interpretar os papéis sociais que lhe estão atribuídos. A doença despoleta um desequilíbrio que afeta não apenas uma parte bem delimitada do indivíduo, mas sim o seu todo, estendendo-se à família, que é afetada a vários níveis, assim como aos grupos a que pertence. Nesta perspetiva, o tratamento da doença não pode circunscrever-se à supressão da sintomatologia nem ao indivíduo doente, mas também ao contexto social, familiar, laboral, entre outros, em que a pessoa doente e a sua doença se desenrolam.

Antes de avançarmos na problemática e apontarmos algumas possíveis soluções convém clarificar os conceitos de saúde mental e de doença mental.

A Ordem dos Enfermeiros (2001), define saúde como “(...) o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” referindo ainda que “(...) é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo” e que “ (...) toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (p. 6).

Na maior parte da bibliografia consultada, existe referência a duas formas de definir o conceito de saúde: pela perspetiva negativa, como ausência de doença, e pela perspetiva positiva, como a capacidade de adaptação e bem-estar.

Da mesma forma, mas especificamente na saúde mental, poderemos também apresentar duas dimensões (Lavikainen, Lahtinen, & Lehtinen, 2000; Lehtinen et al., 2005; Korkeila, Tuomi-Nikula, Gissler, Wahlbeck, Lehtinen, & Lavikainen, 2006): a saúde mental positiva que considera a saúde como um recurso, inclui características do indivíduo, tais como auto estima e auto eficácia, otimismo, *coping* e resiliência. Essencial para o bem-estar geral, permite perceber e interpretar o ambiente, bem como participar na sociedade e dar significado à vida; e a saúde mental negativa que se centra nos distúrbios mentais, sintomas e problemas. Os sintomas poderão ser suficientes para efetuar um diagnóstico clínico ou, por outro lado, existirem como condições subclínicas.

Como a maior parte dos conceitos, o conceito de saúde mental, também é criado pela sociedade, isto é, manifesta um acordo estabelecido num determinado tempo e espaço, sendo por isso relativo. Assim, este conceito varia em função da sociedade e da época a que nos reportarmos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que “(...) é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa” (2002, p. 32), dado que, diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a saúde mental é definida.

No entanto, é consensual que a saúde mental é muito mais que a mera ausência de transtornos mentais, ao contrário do que pensa a maior parte das pessoas, estando a sua dimensão positiva bem patente na definição de saúde da OMS (1986), como “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (p.1), ou quando se refere a saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, podendo fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (OMS, 2002). Deste modo, o conceito de saúde mental inclui bem-estar subjetivo, autonomia, competência e reconhecimento da habilidade de realizar-se intelectual e emocionalmente e ultrapassa extensamente a ausência de doença.

Atendendo a esta definição e toda a análise efetuada, poderemos afirmar que, a saúde mental deverá ser matéria de interesse para todos, e não somente para aqueles que são afetados por transtornos mentais, pois os problemas de saúde mental afetam a sociedade na sua totalidade e não somente um segmento limitado da mesma, não havendo grupos imunes.

Os conceitos de doença mental e doente mental remetem-nos para a definição dos conceitos de saúde, de doença e de doente. Por oposição a saúde mental, doença mental constitui-se como ausência de saúde e inclui perturbações ou desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

Tal como o conceito de saúde mental também o entendimento da “loucura”, enquanto doença mental, ao longo dos tempos, e em diferentes sociedades, foi sendo o resultado de sucessivas conceções dominantes sobre o mundo, tal como nos mostra a análise histórico-filosófica de Foucault (2005). De facto, aquilo que a psiquiatria designa hoje por doença mental foi sendo entendido com recurso a interpretações diferentes, pois, por trás de cada uma dessas interpretações encontravam-se, em cada momento histórico de cada sociedade, significados culturais produtores de sentidos distintos (Alves & Silva, 2004).

Alves (2001) refere que a compreensão da doença mental foi durante muito tempo circunscrita ao indivíduo portador, não se considerando as importantes relações da pessoa doente com o seu meio familiar e social.

Com o passar dos anos as doenças mentais foram sendo consideradas doenças crónicas de evolução prolongada, causadoras de grande incapacidade e com um forte impacto negativo na QV. Como qualquer outra doença crónica, são responsáveis por elevado consumo de recursos técnicos e financeiros e apresenta uma elevada prevalência e elevada taxa de mortalidade.

Alves (2001), baseando-se em trabalhos do sociólogo Parsons, acerca do papel social de doente na sociedade americana da década de 50, compara o papel do doente com perturbação mental e

do doente com doença física, refere que, se o estatuto é idêntico no que diz respeito à libertação efetiva das obrigações e atividades e respetiva aceitação por parte do grupo social, relativamente à suscetibilidade em adoecer, a situação é mais complexa. Defende que a doença mental é muitas vezes encarada como resultante de fraquezas e defeitos do carácter e por consequência responsabiliza-se a pessoa doente pela sua doença. Para além deste fator, o desejo de melhorar e a procura de ajuda não são reconhecidos como necessários pelo próprio que, não reconhecendo a doença, muitas vezes não reconhece a necessidade de se tratar, pelo que a perturbação é identificada somente pelos que o rodeiam.

A perspetiva do papel de doente mental, como indutora de estigma e deterioração da identidade da pessoa foi também defendida por Goffman (2004) no seu trabalho *“Estigma, Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada”*.

Por outro lado, as perturbações da saúde mental constituem, um crescendo preocupante nas várias formas que atualmente vêm assumindo, sintomas psiquiátricos diretos, manifestações psicossomáticas, problemas de comportamento ou mesmo de perturbações emocionais, o que se reflete na sua enorme progressão, que constitui já um grave problema no mundo civilizado, sendo o encargo representado pelas perturbações mentais, a nível mundial, é amplamente reconhecido. Em 2002, no documento *“Recomendações e Propostas do Conselho Nacional de Saúde Mental”*, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde Mental, foi identificada uma necessidade cada vez mais premente de dar a conhecer e de sensibilizar a população para os problemas da saúde mental. Propunha-se neste documento a indispensabilidade de promover uma campanha nesse sentido, pois as implicações deste problema aumentavam de forma preocupante no nosso país, assim como nos países mais desenvolvidos.

Em 2007, Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, baseado no Relatório Mundial da Saúde da OMS de 2001, era indicado que os estudos epidemiológicos realizados comprovavam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades. Em todo o mundo, as perturbações mentais eram consideradas responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chegava a índices de 40% na Europa. No mesmo documento, e tendo por base o estudo *“The Global Burden of Disease”*, realizado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e patrocinado pela OMS e pelo Banco Mundial, utilizando como medida o número de anos perdidos por incapacidade ou morte prematura, situações como as perturbações depressivas e as doenças cardiovasculares eram indicadas como substitutas das doenças infecto-contagiosas.

Segundo a OMS (2002), na prática, não tem sido atribuída, às perturbações mentais em particular e à saúde mental em geral, a mesma importância que é dada à saúde física, sendo deixada, às pessoas com doença mental, a tarefa de, sozinhas, suportarem as suas dificuldades.

Tendo por base toda esta problemática, a 13 de Junho de 2008, em Bruxelas, os participantes da Conferência Europeia de Alto Nível *“Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar”*, reconheceram que a saúde mental é um direito fundamental de todos, que promove a cidadania, a QV e o bem-estar dos indivíduos e consideraram o nível de saúde mental fulcral no sistema económico e social

sendo imprescindível para o seu desenvolvimento. Nesta conferência, foi ainda analisada a ameaça causada pelas perturbações mentais no mundo tendo sido definido um conjunto de ações complementares ao nível da União Europeia para abordar o desafio da promoção da saúde mental e do bem-estar das populações (OMS, 2008).

No documento *“Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar”*, resultante da referida conferência, alerta-se para a necessidade de aumentar o conhecimento sobre saúde mental, através da colheita sistemática de dados nas populações e do incentivo à investigação epidemiológica sobre causas, determinantes, implicações da saúde e doença mental, intervenções e boas práticas.

Assim, Portugal e vários países da União Europeia têm desenvolvido políticas com o objetivo de reestruturar os serviços de saúde mental possibilitando a desinstitucionalização dos doentes e impedindo a institucionalização de outros. De referir que tais orientações são relativamente recentes, dado que, durante séculos, a forma como se lidou com as doenças mentais foi muito diferente da que atualmente se entende como mais certa.

Reportando-nos ao passado, poderemos referir que até às primeiras décadas do século XX, pessoas portadoras de doença mental eram simplesmente trancadas em asilos para loucos, onde recebiam apenas alguns cuidados básicos, sem que nenhuma terapia medicamentosa ou outra efetiva estivesse disponível para os ‘alienistas’, como os psiquiatras eram então denominados.

Mesmo quando reformadores, tais como Phillipe Pinel, conseguiram amenizar, em parte, as aterrorizantes condições existentes nos asilos para loucos, tiveram grande dificuldade em implementar novos modelos assistenciais pois, nessa altura, ainda não existiam tratamentos realmente efetivos e o estigma da doença mental era uma verdadeira instituição (Moreira, Melo, Pires, Crusellas, & Lima, 2005).

A desinstitucionalização, como filosofia assistencial, surge no contexto de uma perda progressiva de protagonismo por parte do hospital psiquiátrico, que apareceu inicialmente nos anos 50, dando lugar, em muitos países, à implementação de estruturas assistenciais de base comunitária. Esta filosofia torna-se uma realidade internacional na década de 80, apesar das diferenças entre países e, nalguns casos, dentro de cada país.

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir à organização de equipamentos sociais nos níveis até então negligenciados pelo Estado: residências, centros de atividades ocupacionais, centros de formação, emprego protegido, cooperativas de inserção laboral, inserção laboral em mercado normal de trabalho (acompanhamento da inserção por equipas).

Segundo Serra, Pereira, e Leitão (2010), atualmente, há uma tendência progressivamente crescente para promover a inclusão de doentes, institucionalizados há longos anos, na comunidade. Existe a noção que o regresso à comunidade vai criar, provavelmente, uma adaptação difícil. Há incapacidades criadas pelas próprias patologias mentais, a que se acrescentam os efeitos negativos da institucionalização a que estiveram sujeitos durante anos, aos quais se associa, por sua vez, a perda de autonomia, e a que se juntam por fim, as atitudes de estigmatização manifestadas por muitos indivíduos que vivem na comunidade. Esta tarefa, que se prevê muito difícil, coloca um grande desafio às estruturas prestadoras de assistência em saúde

mental, as quais devem conduzir os cuidados com o objetivo de melhorar a QV, respeitando o bem-estar e a dignidade da pessoa com doença mental crónica.

Numa revisão sistemática da literatura internacional publicada, relativamente à qualidade do atendimento institucional, para pessoas com problemas de saúde mental, realizada por Taylor, Killaspy, Wright, Turton, White, Kallert, e et al., (2009), que teve por objetivo identificar os principais componentes do cuidado institucional e perceber a eficácia desses componentes, foram reconhecidos oito domínios de cuidados institucionais que se consideraram chave para a recuperação dos doentes: condições de vida; intervenções específicas na esquizofrenia (psicoeducação familiar, terapia cognitivo-comportamental e reabilitação profissional); saúde física; contenção e isolamento; formação do pessoal de apoio; relação terapêutica; autonomia e envolvimento do indivíduo nos serviços e envolvimento da direção clínica. Em suma, segundo o estudo, os utentes dos serviços consideraram que as intervenções específicas devem ser disponibilizadas através de programas integrados e possuem uma elevada importância para a recuperação; a contenção e o isolamento devem ser evitados, sempre que possível, e os funcionários devem ter formação técnica e teórica adequada, para que possam estabelecer apropriada relação terapêutica; a supervisão do pessoal deve ser fornecida regularmente e este deve apoiar os serviços envolvendo os indivíduos na tomada de decisões; devem existir ainda linhas claras de direção clínica, que garantam a adesão aos cuidados e melhores condições de vida.

Concluíram os investigadores, no final do estudo, que as instituições devem, idealmente, ser baseadas na comunidade, operar num regime flexível, manter uma baixa densidade de moradores e maximizar a privacidade.

Neste contexto, atualmente, assume-se a reabilitação psicossocial como um instrumento que permite trabalhar individualmente, ou em grupo, pessoas com perturbações mentais, tendo por objetivo a (re) aquisição do seu potencial máximo de funcionamento.

2 – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – PROGRAMAS E AVALIAÇÃO

Tendo por base toda a problemática e o sentido atual acerca da doença mental crônica, entendida não como um problema individual mas sim como um problema coletivo, têm sido indicadas algumas possíveis soluções, para melhorar as competências e a QV destes doentes. Entre estas soluções destacam-se os programas de reabilitação psicossocial como forma de manter os indivíduos inseridos na sociedade alcançando um nível de funcionamento independente (Krabbendam & Aleman, 2003; Hirdes & Kantorski, 2004; Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu, & Fonseca, 2005).

Desta forma, considera-se importante e imprescindível que as pessoas com doença mental crônica sejam inseridas na comunidade tendo a oportunidade de ser incluídas no mercado de trabalho e em estruturas residenciais autônomas.

A OMS (2002), no Relatório Mundial de Saúde, sustenta que “[a] prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida, das pessoas com perturbações mentais crônicas, do que o tratamento institucional (...)” e que “[a] transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos” (p.13). Desta forma, a prestação dos serviços de saúde mental deve ser orientada para a comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis.

É ainda elucidado, neste documento, que os serviços, de base comunitária, podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado ao tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos, de tipo carcerário, devem ser substituídos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados domiciliários, que respondam a todas as necessidades dos doentes. Essa mudança requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação ao nível da comunidade, juntamente com a prestação de apoio, em face de crises, e proteção na habitação e no emprego.

O mesmo relatório indica ainda que a ideia de cuidados de saúde mental comunitários constitui uma abordagem mais global do que uma solução organizacional. Os cuidados assentes na comunidade dão a entender que a grande maioria dos doentes que necessitam deles deve ter a possibilidade de ser tratada a nível comunitário, e por isso devem ser não só locais e acessíveis, como também devem estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos. Em última análise, devem visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com perturbações mentais aumentar as suas aptidões de auto cuidado, incorporando o ambiente social e informal da família bem como mecanismos de apoio formais.

Continuando a ter em consideração o mesmo documento, é aludido que a reabilitação psicossocial é um dos componentes do tratamento abrangente em saúde mental e são dados exemplos (Xangai, China) onde foram aperfeiçoados modelos em cuidados de saúde primários, com apoio familiar, apoio psiquiátrico de retaguarda, supervisão comunitária e intervenção de reabilitação nos locais de trabalho.

Na mesma fonte, é referido que a reabilitação permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver em comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui a assistência no desenvolvimento de aptidões sociais,

interesses e atividades de lazer, que dão sentido de participação e de valor pessoal. Promove a aquisição e desenvolvimento de aptidões, tais como controlar o regime alimentar, cuidar da higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, gerir dinheiro, usar os diferentes meios de transporte, entre outros, permitindo, juntamente com processos de *empowerment*¹, o *recovery*² do utente, obtendo desta forma grandes ganhos em saúde.

A OMS, em 1995, destaca a reabilitação psicossocial como “(...) um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 2002, p.116). A reabilitação psicossocial constitui-se assim como um processo abrangente, e não apenas uma técnica. As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida (hospital ou comunidade) e as condições naturais e socioeconómicas do local onde é levada a cabo. Os principais objetivos são “(...) a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração” (Ibidem). Como tal, “[a] reabilitação psicossocial é um dos componentes do tratamento abrangente em saúde mental com base na comunidade (...), permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades” (Ibidem).

O conceito de reabilitação psicossocial propõe uma ampliação da rede social, que envolve profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os utilizadores e a comunidade inteira. De acordo com Pitta (1996, como citado em Guerra, 2004), também pode ser considerada como um “[P]rocesso pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade” (p.85). Deste modo, o seu campo constitui-se como um corpo teórico interdisciplinar e uma série diversificada de programas de intervenção.

Segundo Liberman (1993), dadas as acentuadas dificuldades e incapacidades da maior parte das pessoas com doença mental crónica, a reabilitação psicossocial desenvolve-se através de um enfoque combinado da reabilitação psiquiátrica utilizando o treino de habilidades e estratégias de modificação ambiental.

Assim, o que se pretende é que a abordagem clínica que vigorou até há alguns anos seja complementada por estratégias de reabilitação, que poderão alterar em larga escala o percurso de vida destes pacientes. Para além disso, o enfoque é também colocado na comunidade e, particularmente, na família que, outrora vista como promotora de doença mental, se posiciona agora como a grande aliada na recuperação do doente institucionalizado, ao ser entendida como

¹ Pressupõe que haja uma relação de igualdade entre todos os indivíduos, portadores ou não de doença mental, e que eles participem ativamente em todas as decisões e escolhas, melhorando, dessa forma, os resultados em termos de *recovery* (Deegan, 1999; Chamberlin, 2005; Ornelas J. , 2007; Monteiro, Matias, & j., 2007).

² Melhoria dos resultados em termos de atitudes e formas de encarar os desafios do dia-a-dia e de assumir a responsabilidade perante a sua própria vida, dotando-a novamente de significado (Deegan, 1999; Chamberlin, 2005; Ornelas J. , 2007; Monteiro, Matias, & j., 2007).

“[a] instituição base onde acontece o adoecer e onde também deve acontecer o curar” (Ferreira, 2005, p. 11).

Desviat (1999, como citado em Guerra, 2004), refere que o início da reabilitação psicossocial surgiu, nos Estados Unidos, na década de 40, a partir de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado “*Não estamos sós*” (WANA-*We are not alone*), que recebeu auxílio da *Fountain House*³.

Este movimento avançou nas décadas posteriores, por meio de novos programas e associações civis, centrando-se, sobretudo, em três frentes de ação: capacitação em várias atividades de vida diária, oficinas e trabalho protegido e residências ou alojamentos.

Com o passar dos anos, percebeu-se que, para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade pois quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à dinâmica de sua vida, surge um estado de inércia e diminuição da sua condição para enfrentar as dificuldades vividas, situação que só pode ser modificada à medida que o apoio da rede social se amplia. Neste sentido, o processo de reabilitação consiste atualmente numa reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social.

Neste contexto, Matos (2004), defende que nenhum programa de saúde é válido e se mostrará eficiente na prática se não abordar o problema de uma forma global; isto é, promover a saúde, prevenir e curar a doença, e reabilitar o doente.

Nas pessoas com doença mental crônica é importante acentuar a ideia de que o tratamento e intervenção reabilitativa implicam um compromisso terapêutico a longo prazo, com avanços e retrocessos frequentes. Dada a complexidade dos sintomas causados pela doença mental, bem como pelo impacto significativo que eles têm sobre a QV, em todas as áreas abrangidas por esse constructo, tem sido apontado que, um plano terapêutico global representará uma mais-valia para estes pacientes, principalmente se incorporar programas que abranjam recursos que possam integrar a terapia farmacológica com intervenções psicológicas e sociais; ou seja, o atendimento às necessidades de cada indivíduo em particular assume atualmente peculiar relevância.

Programa de Saúde poderá ser definido como um conjunto organizado, coerente e integrado de atividades e serviços necessários à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e são geridos por um mesmo organismo (Imperatori & Giraldes, 1986).

Como já referido a reabilitação psicossocial aponta para a promoção de um nível ótimo de funcionamento nos indivíduos e sociedades e para a minimização de incapacidades e desvantagens físicas ou mentais, acentuando as escolhas individuais dos sujeitos.

Articulando estes dois conceitos depreendemos que os programas de reabilitação psicossocial poderão ser definidos como um conjunto de atividades e serviços desenvolvidos por profissionais com competência técnica e conhecimentos específicos cujo objetivo final será proporcionar aos indivíduos capacidades ou competências que lhes permitam decidir sobre si próprios e funcionar de forma satisfatória em sociedade.

³ Clube social para pessoas com internamentos, organizado por um grupo de mulheres.

Neste contexto, Alves (2001) refere que, os programas de reabilitação psicossocial exigem, o suporte de um sistema integrado e abrangente da intervenção nas várias áreas de vida: dispositivos residenciais/ambientais que ofereçam diferentes níveis de supervisão; serviços de supervisão psicossocial que proporcionem experiências socializadoras diversificadas (treino de competências sociais, actividades de vida diária, reabilitação profissional, entre outros); trabalho sistemático com as famílias; gestão de casos em equipa; coordenação integrada dos vários serviços comunitários de saúde mental e sociais que potencialmente possam responder às necessidades de inserção social das pessoas com doença mental; serviços psiquiátricos adequados que permitam uma avaliação multidisciplinar das situações (psicossocial), uma intervenção na crise (urgências e tratamento), planos de tratamento individualizados, medicação e tratamento (individual e grupal), médico, social e psicológico e tratamento compulsivo (p.78).

As intervenções psicossociais, a terapia cognitiva, a terapia cognitiva-comportamental, o treino de competências sociais e o treino de resolução de problemas são citados na literatura como essenciais para um melhor funcionamento global dos pacientes com doença mental crónica (Scott, Dixon, & L.B, 1995; Krabbendam & Aleman, 2003; Marques, Queirós, & Rocha, 2006; Roder, Mueller, Mueser, & Brenner, 2006; Corrêa, 2009). No entanto, as intervenções devem ser diferenciadas consoante a fase da doença em que são implementadas. Assim, numa fase aguda, a intervenção passará primeiramente por proporcionar ao paciente um clima de segurança, num ambiente estável, organizado, previsível e adaptado às suas necessidades, para depois se poder trabalhar a modificação de comportamentos. Na fase crónica, o enfoque será dado a técnicas que visem o treino de competências perdidas com a doença, adquirindo o treino, de competências sociais, especial destaque, não só pelas dificuldades cognitivas inerentes à própria doença, como pelo isolamento social, perda de expectativas de vida, abandono de objetivos, institucionalização ou internamentos sucessivos ou ainda a progressiva redução de convívio com pessoas saudáveis (Gama, Zimmer, & Abreu, 2008).

Para além de os diferenciar consoante a fase da doença e os especificar de acordo com as necessidades de cada indivíduo, imprescindível será também proceder à avaliação destes programas de forma a perceber a mais-valia por eles alcançada.

Poderemos considerar a avaliação de programas ou projetos uma forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planear mais eficazmente (OMS, 1981). Este processo que procura determinar, de forma tão sistemática e objetiva quanto possível, a relevância, a eficácia e o impacto de uma intervenção, ou outras atividades, à luz dos seus objetivos, é obtido através da comparação entre algo, com um padrão ou modelo, e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. Para todo este decurso torna-se imprescindível a investigação, dado que os seus contributos constituem evidências científicas que definem o padrão ou modelo e posteriormente podem e devem ser integrados no planeamento das intervenções de forma a influenciarem de forma positiva a qualidade dos serviços prestados.

O valor acrescentado de uma avaliação normalmente produz novos conhecimentos, permite efetuar um juízo de valor sobre um programa ou um projeto, conduzindo a novas aprendizagens e conferindo *feedback* sobre o que se fez, como se fez e quais os efeitos e mudanças conseguidos. Através dos processos de avaliação conseguimos determinar o grau de êxito com que foram atingidos os objetivos previamente definidos, mediante a elaboração de juízos baseados em critérios e normas. Em suma, podemos considerar que a avaliação dos programas ou projetos ‘alimenta’ o planeamento de qualquer serviço exigindo mudanças (ou não) e acrescentando (ou não) novas intervenções.

Poderemos afirmar que toda a intervenção em saúde visa obter resultados em saúde e que a avaliação destes resultados depende da recolha e análise sistemática da informação que é utilizada para estimar a eficácia de uma intervenção, ou seja, os resultados são obtidos ao longo da intervenção com recurso aos mesmos instrumentos e métodos, sendo posteriormente analisados através da interpretação dos dados com o objetivo de identificar tendências ou alterações significativas. Deste processo poderemos identificar as práticas a seguir, ou as mudanças a introduzir, para melhorar os resultados da intervenção, ou para remover barreiras, que prejudicam o progresso.

Por tudo isto torna-se imprescindível que na coordenação e organização de programas ou projetos se efetue uma avaliação dos mesmos e que esta seja fundamentada em dados da investigação, ou que ela própria permita produzir esses dados, para que sirvam posteriormente como referência ou padrão à redefinição, reestruturação e melhoria dos programas.

Tendo em análise a perspetiva da importância da avaliação baseada na investigação, poderemos afirmar que todos os profissionais, e em particular os enfermeiros, devem contribuir, no exercício da sua atividade, na área da gestão, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados, nomeadamente na promoção e participação em estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da sua profissão, e que para tal devem utilizar metodologia científica, que entre outros inclui a avaliação dos cuidados prestados e a reformulação das intervenções (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro⁴, 1996).

No que se refere especificamente à profissão de enfermeiro, tais atividades estão evidenciadas enquanto funções dos enfermeiros quer na legislação precedente⁵, que define como funções do profissional com categoria de enfermeiro, no artigo 7.º na alínea i) “(...) realizar ou colaborar em estudos (...) visando a melhoria dos cuidados de enfermagem” e na alínea j) “ utilizar os resultados dos estudos e trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem” (p. 3724) e no artigo 8.º, na alínea q), enquanto funções do enfermeiro chefe e do enfermeiro supervisor, “(...) realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem /cuidados de enfermagem” e na alínea r) “utilizar os resultados dos estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço” (p. 5725) ; quer na recente legislação⁶, no artigo 9.º, que define o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, na alínea h),

⁴ Definido no Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, do Diário da República (DR) – 1 Série-A, Nº 205, p. 2959-2962.

⁵ Definida no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, do DR – 1 Série-A, Nº257, p. 5723-5741.

⁶ Definida no Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, do DR – 1ª série – Nº 184, p.6761 – 6765)

estabelece como função “(...) promover programas e projectos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas, e, ou, orientá-las” (p. 6762) ; e no artigo 10.º, que define o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal, nas alíneas e) e f), estabelece como funções, respetivamente, “(...) gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre afectação de meios” e “(...) promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica” (p.6763).

Também no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros (2001), poderemos perceber que, no processo da tomada de decisão, e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática, pois “(...) a inclusão de guias orientadores da boa prática de cuidados baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional” (p.10).

Tendo por base, especificamente, todo o cenário da reabilitação psicossocial poderemos afirmar que este paradigma trouxe enormes melhorias ao tratamento das pessoas com doença mental crónica, no entanto, conforme defendem Drummond, O’Brien, Stoddart, e Torrance (1997), os recursos são escassos e finitos, quer seja em termos humanos, de tempo, financeiros, físicos ou estruturais, e as escolhas devem ser e são feitas todos os dias. Sem uma análise cuidadosa de todos os aspetos envolvidos nas intervenções, custos e suas consequências, decisões erradas podem eventualmente ser adotadas na prática, sendo portanto indispensável a sua avaliação.

Nos últimos anos, o crescimento acelerado dos gastos em saúde tornou-se um grande problema em países desenvolvidos e especialmente nos países em desenvolvimento. Dado que os recursos financeiros são limitados, a sua utilização para custear o tratamento de indivíduos com uma doença impossibilita que os mesmos sejam destinados para outros fins em potencial.

Por outro lado, sabemos que a informação sobre os custos e os benefícios na saúde é difícil de medir e somente com uma abordagem estruturada poderemos obter um enquadramento útil para organizar informação diferenciada e ajudar os decisores na definição de políticas concretas e corretas. Neste contexto, o interesse em avaliar a QV relacionada com os cuidados de saúde aumentou nos últimos anos. O propósito é obter avaliações mais precisas sobre a saúde dos indivíduos e das populações bem como conhecer os benefícios e danos que podem estar relacionados com os cuidados de saúde. Muitas vezes, o termo QV sugere, erradamente, uma aproximação do abstrato e do filosófico, mas a maioria das definições empregues em contextos de saúde não inclui uma ideia geral de como viver de maneira satisfatória ou viver normalmente e tende a concentrar-se mais nos aspetos e experiências pessoais que se relacionam com a saúde.

Neste âmbito, as avaliações de QV podem constituir-se instrumentos úteis para a tomada de decisões e na aplicação de recursos de cuidados de saúde, quando combinadas com a utilização do saber clínico, com o uso da comunicação dos indivíduos alvos das intervenções e com o reconhecimento da heterogeneidade das instituições e das doenças. Quando se pretende analisar os cuidados de saúde, o primeiro passo consiste em definir o contexto no qual o estudo será efetuado e os elementos que farão parte da análise.

Reportando-nos especificamente às intervenções de reabilitação os resultados referem-se aos efeitos dos tratamentos, programas ou políticas nos indivíduos ou populações. Os instrumentos de medida dos resultados devem ser desenhados para expressarem de forma quantitativa a eficácia das intervenções e as alterações globais no estado de saúde dos indivíduos. Deve-se ressaltar que a medição por vezes não é fácil de conseguir, pois as intervenções afetam simultaneamente vários fatores existindo uma grande quantidade de efeitos diretos e indiretos que podem ocorrer.

O conceito de resultado em reabilitação pode ser definido como as alterações produzidas pelos serviços de reabilitação na vida e no meio ambiente dos indivíduos por eles assistidos. Estão ligados aos objetivos que se pretendem atingir, são feitos em intervalos regulares de tempo e o objetivo são os doentes e aquilo em que os tratamentos e serviços prestados mudaram as suas vidas. Esta perspetiva da reabilitação realça os aspetos objetivos e subjetivos dos efeitos medidos. A seleção das medidas pertinentes começa com a determinação do que medir e com que finalidade. A eficácia tem que ser medida não só em termos de resultados associadas à autonomia mas também na avaliação da cognição, da integração social e da satisfação com a QV. Os resultados da reabilitação devem abranger as insuficiências, as incapacidades e os prejuízos.

Todavia convém referir que os programas de reabilitação psicossocial consistem em processos complexos, uma vez que necessitam da articulação de várias instâncias: políticas específicas voltadas para a área, capacitação técnica dos profissionais e, sobretudo, envolvimento e participação dos indivíduos que são alvo da intervenção. Complexo será ainda avaliar estes programas principalmente no que aos ganhos em saúde diz respeito.

Numa pesquisa bibliográfica sobre o tema, constatámos que os estudos mostram que os programas de reabilitação psicossocial são mais eficazes do que o simples internamento num hospital psiquiátrico e são preferidos pelos doentes e pelas famílias. Os estudos mostram também que as pessoas que participam em programas de reabilitação psicossocial têm maior probabilidade de integrar o mercado normal de trabalho, e também apresentam uma maior QV, uma maior autoestima, um funcionamento global social e ocupacional superior; uma maior adesão à terapêutica, que é uma problemática nesta população; e outras variáveis como ter carta de condução, por exemplo, ou desempenhar papéis familiares e sociais (Lehman, Possidente, & Hawker, 1986; MacGilp, 1991; Goldberg, 1991; Leff, Dayson, Gooch, Thornicroft, & Wills, 1996; Browne, 1999; Browne, Clarke, Gervin, Waddington, Larkin, O'Callaghan, 2000; Henderson, Phelan, Loftus, Dall'Agnola, & Ruggeri, 1999; McInerney, Finnerty, Avalos, & Walsh, 2010).

Poderemos assim afirmar que os programas de reabilitação psicossocial, desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade, foram desenvolvidos e avaliados em muitos países e que os estudos que comparam os serviços de reabilitação psicossocial com os tradicionais serviços de base hospitalar demonstram que os primeiros são mais efetivos e largamente preferidos pelos diferentes intervenientes. A reabilitação psicossocial mostra-se assim efetiva num grande espectro de variáveis apresentando muitas vezes um efeito de melhoria na QV dos doentes. Particularmente, em Portugal, numa pesquisa sobre os mesmos dados, não existe ainda investigação e portanto os dados a respeito da eficácia destes programas são escassos pelo

que se torna urgente desenvolver estudos que permitam indagar acerca da eficácia destes programas principalmente no que à QV diz respeito.

3 – QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo Simões, Sousa, Vilar, e Paredes (2010), “[a] Qualidade de Vida constitui atualmente uma variável reconhecida como importante na elaboração de políticas de cuidados de saúde, na medida da eficácia de intervenções, (...), ou em estudos epidemiológicos, (...)” permitindo inclusive comparar o impacto e os benefícios de vários tipos de intervenções (p. 129).

Para Canavarro (2010), “[n]os contextos clínicos e de saúde, é considerada prioritária a investigação sobre a eficácia da implementação de programas de promoção da Qualidade de Vida junto da população em geral ou de populações específicas, bem como a avaliação da eficácia das intervenções psicoterapêuticas que, de alguma forma, se estruturam explicitamente sobre o conceito de Qualidade de Vida” (p.18).

De acordo com Lehman, Ward, e Linn (1982), um amplo conhecimento da QV dos indivíduos pode ajudar na compreensão do impacto das doenças e da assistência à saúde sobre o seu bem-estar geral. Em situações de doença crónica, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes, a QV torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo.

Atualmente a QV constitui uma área bem estabelecida de estudo nas doenças crónicas, com investigações em campos como oncologia, reumatologia, gerontologia, nefrologia e atualmente na área da psiquiatria. Esta passou a receber maior atenção, no âmbito dos transtornos psiquiátricos, desde que se atribuiu maior importância ao processo de desinstitucionalização, sendo este considerado determinante na melhoria da QV dos utentes com doença mental crónica.

Embora Orley, Saxena, e Herrman (1998), defendam que a preocupação com a QV das pessoas com doença mental crónica se iniciou há centenas de anos, quando se lutou pela humanização do seu tratamento, pela reforma dos grandes hospitais psiquiátricos e pela tentativa de levar os doentes institucionalizados há vários anos a ir viver para a comunidade, de uma forma sistemática só mais recentemente se têm realizado estudos no sentido de definir ou medir as mudanças na QV destes indivíduos.

Segundo Corrigan e Buican (1995), os indivíduos, com doença mental crónica, não referem necessariamente uma perceção de bem-estar geral ou uma melhoria da QV concomitante à diminuição da sua sintomatologia psiquiátrica em decorrência do tratamento.

Na perspetiva de utilizar a QV como meio de avaliação devemos debruçar-nos sobre algumas especificidades que este constructo acarreta. Antes de mais, devemos clarificar que o conceito de QV, não é fácil de definir, dado ser um termo que pode ser abordado de diversas formas nomeadamente: antropológica, económica, social, política, filosófica, médica, psicológica, moral, entre outras. Por sua vez, o termo é ainda utilizado em duas vertentes: na linguagem quotidiana, por pessoas da população em geral (jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas) e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber (economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde) (Seidl & Zannon, 2004).

Spilker, (1990, como citado em Amorin, 2006), refere que uma das razões mais importantes para existir confusão neste campo é que vários autores escrevem e investigam sobre este conceito

usando o mesmo termo quando se referem a tópicos diferentes e dos quais emergem diferentes perspetivas.

No entanto, apesar das evidentes dificuldades na definição do conceito, a verdade é que o mesmo tem despertado um interesse progressivamente crescente que pode ser constatado, por exemplo, no número de trabalhos de investigação com este tema.

Poderemos afirmar que QV é um conceito eminentemente humano que abrange inúmeros significados. Estes refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e sociedades e espelham não só a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos mas também o momento histórico a que se atribuem. QV é, desta forma, um conceito amplo, que incorpora vários aspetos da existência dos indivíduos.

Embora a origem exata da conceção de QV seja desconhecida, o conceito parece ter sido desenvolvido no período após a Segunda Guerra Mundial, refletindo o aumento do padrão de vida em muitas sociedades ocidentais no pós-guerra e tendo sido provavelmente os economistas americanos, Ordway em 1953 e Osborn em 1954, os primeiros a utilizar o termo (Amorim, 2006).

Ao longo das décadas este conceito passou do âmbito da Economia para o âmbito das Ciências Humanas, entre elas a Medicina, área na qual, nos anos 70 do século passado, foram publicados numerosos estudos, que relacionaram diferentes regimes de tratamento com o bem-estar e a satisfação dos utentes. Assistiu-se desta forma a um crescente interesse na QV como resultado esperado das intervenções em saúde.

Tendo por base a problemática da definição do conceito, a OMS (1999), definiu QV como a perceção do indivíduo a respeito da sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito é assim entendido como tendo um carácter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, vários domínios como são a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e relações desses domínios com caraterísticas ambientais.

Após esta análise poderemos concluir que não existe uma definição que seja universalmente aceite sobre o conceito de QV há contudo o consenso de que este constructo é multidimensional e procura atender a uma natureza holística sobre a natureza bio-psico-social de cada indivíduo incluindo uma perspetiva subjetiva do sujeito acerca da sua própria QV.

De acordo com a OMS (1995, como citado em Dantas, Sawada, & Malerbo, 2003), apesar de não haver uma definição consensual existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca do constructo QV, cujas caraterísticas são, subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

No que concerne à subjetividade, considera-se a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre outros aspetos do seu contexto de vida. Por outras palavras, crê-se que como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a QV existe uma perspetiva subjetiva que inclui a perceção interna do próprio indivíduo que está imbuída do seu contexto cultural, social e ambiental e que por estes motivos é subjetiva.

Em relação à bipolaridade esta refere-se às duas tendências que são identificadas quanto à conceptualização do termo: QV como um conceito mais genérico, e Qualidade de Vida relacionada

com a saúde (QVRS). No primeiro caso, QV apresenta um significado mais amplo, aparentemente influenciado por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou danos. No segundo caso, o conceito é usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, no entanto, parece implicar aspetos mais diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde. Dado o âmbito deste trabalho incluir os aspetos da doença e das intervenções em saúde abordaremos mais especificamente a QVRS.

O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas. Como exemplo, Heinemann (2000), descreveu a literatura existente na área da QV e identificou alguns dos componentes mais referidos na definição do conceito (estado físico e capacidades funcionais; estado psicológico e bem-estar; interações sociais; estado e fatores profissionais e económicos; e estado religioso e espiritual) numa perspetiva piramidal em que os mais específicos se encontram na base da estrutura e os mais gerais e abstratos no topo. Num sentido idêntico, Cummins (1997), menciona que o conceito de QV integra sete domínios (bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional) e esclarece que estes devem ser ponderados em dois eixos: um mais objetivo e outro mais subjetivo. No entanto, devemos afirmar que todos os componentes identificados pelos diferentes autores são parte de um todo em que a soma das partes é menor que a totalidade do conceito.

No que respeita à QVRS esta deve ser efetuada através da perspetiva do doente, uma vez que é subjetiva, e requer que o investigador analise diversas áreas da vida do indivíduo (bem-estar físico, capacidade funcional, bem-estar emocional e bem-estar social), uma vez que é multidimensional; algumas das áreas a avaliar serão mais gerais (as que se referem ao indivíduo) e outras serão mais específicas (as que se reportam especificamente à doença).

Relativamente à QVRS, Phillips (2006), defende que a maioria das definições integra os aspetos do estado emocional, funcionamento social e funcionamento físico, comuns às definições de QV geral, mas acrescentam outras dimensões específicas da área da saúde. A este propósito, (Ribeiro, 2005a; 2009) é mais específico e refere que a QVRS comporta dois significados: um “*amplo*”, referente à QV que depende das doenças que as pessoas têm e da análise do impacto dessas condições clínicas, bem como do seu tratamento, na QV das pessoas; e um “*restrito*” ou específico para cada doença, que se reporta no modo como cada doença específica afeta a QV da pessoa que a vivencia.

Num sentido idêntico, Schipper, Clinch e Powell (1990, como citados em Serra, 2010), salientam que a QVRS caracteriza a repercussão funcional de uma doença e da terapia sobre o indivíduo, tal como é percebida pelo mesmo. São indicados, por estes autores, quatro domínios deste conceito: funcionamento físico e profissional, estado psicológico, interação social e sensações somáticas.

Noutra perspetiva, Hays, Alonso e Coons (1999, como citados em Serra, 2010), indicam que a QVRS se reporta à forma como a pessoa doente funciona na sua vida quotidiana e à percepção que tem do seu bem-estar.

Na perspectiva de Amorim (2006) a QVRS “[é] um importante resultado em saúde e representa a meta última de todas as intervenções, sendo que a avaliação só é possível tendo em conta a percepção do próprio doente e servirá como fonte complementar na abordagem diagnóstica e terapêutica do mesmo” (p.45).

Por seu lado, Giachello (1996), defende que a QVRS se refere ao valor atribuído à vida quando esta é modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e agravamentos, tornando-se o indicador principal na avaliação do resultado dos diversos tipos de intervenções.

No entanto, a avaliação da QV, à semelhança da definição do conceito, é também uma dificuldade complexa. Num dos primeiros grandes estudos neste campo intitulado “*Quality of Life of American People*”, realizado por Campbell, Converse e Rodgers, em 1976, os autores assumiam a complexidade da medida e esclareciam que as relações entre as condições objetivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e assim, de modo a conhecer a experiência de QV, será necessário ir diretamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida. Esta investigação focava a experiência de vida em vez das condições de vida, ou seja aquilo que as pessoas percebiam, sentiam, acerca da sua vida, em vez daquilo que os especialistas (políticos, economistas, sociólogos, médicos, psicólogos, entre outros) percebiam ou sentiam sobre a vida dessas pessoas (Ribeiro, 2009).

Como referido anteriormente, e partindo do pressuposto que, definir QV, é muito complexo, o investigador deverá definir claramente o que quer investigar, como QV, no seu estudo, ou estabelecer em qual definição esse conceito se operacionaliza no seu trabalho de investigação, antes de iniciar o mesmo. Os investigadores devem delinear nitidamente o que entendem por QV e identificar os diversos domínios a serem avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens. Imprescindível também será escolher um instrumento que lhe permita traduzir os vários componentes e dimensões do conceito num valor quantitativo ou qualitativo final.

De um modo geral poderemos considerar que existem duas formas de mensurar QV, através de instrumentos genéricos e de instrumentos específicos. Como os dois tipos de instrumentos fornecem informações diferentes, podem ser utilizados concomitantemente. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procurando englobar todos os aspetos importantes relacionados à saúde e refletindo o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como por exemplo indivíduos portadores de doenças crónicas.

[A]ssim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos como as funções física, sexual, o

sono, a fadiga, entre outras. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenómeno e a dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento principalmente quando existe um reduzido número de itens ou em caso de amostras insuficientes (Dantas et al., 2003, p. 533).

Para obterem a informação necessária a esta problemática muitos investigadores recorrem à combinação de instrumentos genéricos e específicos, não se restringindo ao uso exclusivo de um método de avaliação (Esteve & Rocca, 1997; Testa & Simonson, 1996; Sanders, Egger, Donovan, & Frankel, 1998).

Corrigan e Buican (1995), citam oito escalas utilizadas para a avaliação da QV subjetiva de indivíduos com transtornos mentais. Segundo esses autores, essas escalas são similares porque avaliam a satisfação dos indivíduos entrevistados quanto a vários domínios das suas vidas, como moradia, tratamento de saúde recebido, saúde física, trabalho, lazer, religião.

Segundo Awad, Voruganti, e Heslegrav (1997), apesar de existirem muitos instrumentos desenvolvidos para a avaliação da QV, a grande maioria apresenta sérias deficiências. Muitas escalas, por exemplo, não incluem a avaliação da QV percebida pelos próprios pacientes, medindo, na verdade, aspetos do estado de saúde desses indivíduos. Essas escalas são também pouco ajustadas à vida de indivíduos com doença mental crónica pois incluem número exaustivo de itens, medindo o funcionamento social em vários papéis sociais (estudante, empregado, pais, por exemplo) que frequentemente não são exercidos por esses indivíduos. Para esse autor, não há, no momento, uma escala que capte as características clínicas únicas da doença mental crónica, bem como o impacto do tratamento farmacológico e psicossocial. A solução para esta problemática poderá ser a associação de outros instrumentos que combinem e atendem a outros aspetos.

Em suma, poderemos considerar que a importância da avaliação da QV é indiscutível em diversos campos da assistência em saúde. Na saúde mental, essa importância reveste-se de características próprias, principalmente na assistência a indivíduos com patologias mentais graves uma vez que sendo rigorosa poderá facilitar o planeamento em saúde e até a intervenção particular nos indivíduos.

Com base nesta problemática, Oliver, Huxley, Bridges, e Mohamad (1996), procuraram sistematizar os motivos subjacentes à necessidade de aplicação do conceito de QV à saúde mental. A este propósito, referem diversos argumentos, de entre os quais se salientam o facto de a mortalidade ser relativamente baixa neste contexto mas, por outro lado, as diferenças individuais no impacto das perturbações mentais variarem de acordo com fatores pessoais e sociais, alguns de difícil controlo. Assim, mais do que a cura, a manutenção de uma QV satisfatória poderá ser, em muitos casos, um objetivo realista para profissionais, doentes e seus familiares.

No entanto Bech (1997, como citado em Serra, 2010), refere que, como a QV é uma medida subjetiva, a fiabilidade e validade dos questionários, quando passados a doentes esquizofrénicos ou com demência, tem sido questionável. O mesmo pode ser associado a doentes num estado de Mania que, devido à sua condição clínica, nunca se sentiram tão bem na vida, ou a doentes deprimidos que em virtude dos sintomas se podem sentir pior que todos os outros.

Ainda a propósito de doentes esquizofrénicos Lehman et al. (1982), também duvidaram da possibilidade destes para avaliarem a sua QV, no entanto, ao analisarem os resultados dos estudos que realizaram, comprovaram que existia fiabilidade e validade aceitáveis na avaliação de QV nos doentes estabilizados.

A este respeito convém referir os comentários de Orley et al. (1998), que consideraram que os sintomas apresentados pelos doentes com patologia mental, nomeadamente o negativismo num estado de humor depressivo pode influenciar uma insatisfação com a maior parte dos aspetos da vida, contudo, assinalaram que se a QV é aceite como resultante de uma avaliação subjetiva, a lógica indica que o ponto de vista do doente deve ser aceite como válido e portanto a depressão afeta a QV mas não a distorce ou torna a avaliação do doente inválida. Por outro lado o pensamento delirante de um doente esquizofrénico também pode afetar a sua avaliação de QV, mas as crenças, que podem ser bizarras tendo em conta certos padrões não podem ser negadas sobre a sua influência na QV, sendo no entanto, mais fiáveis, os estudos em doentes estabilizados.

Teixeira (2005), refere que os estudos sobre QV na área de saúde mental são recentes e denotam a preocupação em conhecer, principalmente, a QV dos portadores de doenças de evolução prolongada e daquelas que reconhecidamente implicam na existência de sintomas residuais.

Helder (2010), desenvolveu um estudo que pretendeu caracterizar os diferentes domínios da QV dos doentes com esquizofrenia e, determinar quais as variáveis sociodemográficas, clínicas, estilos de vida e comportamentos que têm influência sobre a mesma. Numa amostra de indivíduos maioritariamente masculina, solteira, com baixa escolaridade, profissionalmente inativa e vivendo com familiares e em que a maioria dos doentes apresentava o subtipo de Esquizofrenia Paranoide, teve múltiplos internamentos e todos estavam medicados com anti psicóticos, observou que apresentavam uma média de QV baixa. Neste estudo foi ainda verificado que o tipo de anti psicótico oral influenciou todos os domínios da QV mas não a QV em geral e, a presença de pensamentos suicidas em algum momento da vida dos doentes teve um impacto negativo no domínio psicológico da sua QV. Concluiu-se neste estudo que a análise dos efeitos dos diversos fatores que fazem parte da vida dos doentes com esquizofrenia e a sua influência na QV demonstra a complexidade das intervenções que são necessárias. A influência da família na QV dos doentes é inequívoca, sendo por isso importante apostar nas intervenções psicoeducativas para as famílias e na sua reabilitação social. Completou ainda que a abordagem destes doentes requer um enquadramento multidimensional e multidisciplinar.

Segundo Canavarro (2010), a QVRS “ (...) depende da distância que se estabelece entre a experiência de doença que dado ser humano atravessa e as expectativas formuladas sobre a sua recuperação. Quanto mais positivas forem as expectativas mais benéfico é o impacto que têm sobre a Qualidade de Vida do indivíduo” (p.39).

Neste contexto, Serra et al. (2010), num estudo no qual apresentam a avaliação subjetiva da QV em doentes esquizofrénicos, realçam que doentes internados há longos anos num hospital psiquiátrico são aqueles que revelam uma pior perceção de QV, apesar de terem alojamento, receberem medicação e terem contacto com enfermeiros e outros profissionais de saúde,

comparativamente com doentes internados transitoriamente num serviço de psiquiatria e com doentes observados em regime de ambulatório.

Por sua vez, Cesari e Bandeira (2010), investigaram os fatores associados à QV em pacientes com esquizofrenia, em particular a percepção de mudanças pelo próprio paciente, em função do tratamento recebido em serviços de saúde mental. A QV dos pacientes enquadrava-se na categoria de considerável prejuízo. Os principais predictores de melhor QV foram: em primeiro lugar, a percepção global de mudança pelos indivíduos e os itens “Aspectos psicológicos e sono” e “Ocupação e saúde física”. Outros três predictores foram: estar a trabalhar, tomar a medicação sozinho e usar medicação apenas do tipo oral. Concluíram as investigadoras que a percepção de mudanças pelo próprio indivíduo, em função do tratamento, é um fator preditivo importante da QV. Carvalho, Ferreira, Fonseca, Macedo, N., Macedo, T., e Cotovio (2010), num estudo que pretendeu caracterizar a população, da Casa de Saúde do Telhal – Instituto S. João de Deus, do ponto de vista sociodemográfico, das intervenções técnicas de reabilitação de que é alvo, das ocupações que possui e da QV que auto percebe, inferindo a existência de correlações e diferenças significativas entre algumas das variáveis estudadas obtiveram os seguintes resultados: a maioria dos utentes percecionava a sua QV dentro da média em praticamente todas as dimensões e acima da média em alguns itens; quanto maior a idade dos utentes, menor a percepção de QV, em itens comuns à população geral; não se verificou relação com o número de internamentos ou com o grau de escolaridade. Constataram ainda que, quanto maior a duração do último internamento, menor seria a percepção de QV dos utentes, e que, com o aumento do número de horas de intervenção, a percepção de QV dos utentes aumentava; no que respeitou às atividades classificadas como ocupações, o maior número de horas semanais das mesmas apenas pareceu influenciar um dos itens na percepção da QV.

Num estudo de revisão sistemática de meta-análise levado a cabo por Vatne e Bjorkly (2008), versando estudos sobre o bem-estar geral subjetivo de pessoas com doença mental crónica que vivem na comunidade, referem resultados de medidas de bem-estar geral subjetivas relativamente altas nestes indivíduos; em segundo lugar, certos subdomínios, como as relações de lazer e sociais foram fortes predictores de bem-estar geral subjetivo, enquanto as relações entre a segurança pessoal e de trabalho eram fracos predictores; em terceiro lugar, verificou-se que as bases empíricas para o uso da QV subjetiva, como variável de resultado de uma pesquisa clínica, eram escassas. Em particular, a relação entre as mudanças nas medidas de psicopatologia e QV subjetiva parece ser confusa. Finalmente, este estudo não conseguiu confirmar qualquer relação estável entre fatores sociodemográficos e bem-estar geral subjetivo.

Apesar da ênfase dada à QV como uma variável de resultado crítico na avaliação de serviços de cuidados comunitários, relativamente poucos estudos têm examinado diretamente a sensibilidade da QV, medida na avaliação de mudança. A maioria dos estudos existentes, de QV, de pessoas com transtornos psiquiátricos, são transversais na natureza, ou têm envolvido comparações entre os grupos em diferentes contextos de cuidados, e em geral, abordagens experimentais ou quase-experimentais não têm sido aplicadas na avaliação da eficácia das mudanças de serviços na melhoria da QV (Browne et al., 2000) pelo que para além de se constituir como uma necessidade

ao nível da investigação coloca dificuldades na avaliação de programas de reabilitação psicossocial dada a inexistência de norma ou padrão.

É sabido que, durante a última década o impacto da desinstitucionalização na vida das pessoas com doença mental crónica tem sido frequentemente discutido. No entanto, pouca atenção tem sido dada ao ponto de vista dos próprios utentes sobre a sua experiência de passar do hospital para programas comunitários (Okin & Pearsall, 1993). Essa falta de atenção é particularmente impressionante num campo da medicina que tradicionalmente tem colocado a sua atenção nas preocupações e sintomas experienciados pelos utentes como é psiquiatria.

Num dos primeiros estudos sobre a perceção dos utentes da sua experiência de desinstitucionalização, Dickey, Gudeman, Hellman, Donatelle, e Grinspoon (1981), descobriram que a maioria daqueles que viviam na comunidade preferia a vida atual em relação ao internamento no hospital. Em 1978, Okin, Dolnick, e Pearsall (1983), iniciaram um estudo, onde avaliaram as perceções de QV de pessoas com doença mental crónica que tinham longas estadias no hospital do estado. Oito meses após a alta, os pacientes que se encontravam na comunidade apresentaram significativas mudanças positivas em vários aspetos das suas vidas em comparação com um grupo controle que permaneceu no hospital. Os pacientes na comunidade sentiam-se mais envolvidos em atividades sociais, e relataram maiores redes sociais e uma maior capacidade de satisfazer as suas necessidades básicas. Todos, menos um, dos 25 pacientes que viviam na comunidade afirmaram que preferiam viver ali.

Por seu lado, Stein e Test (1980), realizaram um estudo controlado com o objetivo de avaliarem um modelo cujos programas de tratamento eram baseados na comunidade e dirigiam-se a utentes com doença mental crónica. Este estudo demonstrou que o uso de programas comunitários reduziu consideravelmente a necessidade de hospitalizar os pacientes, no entanto, quando os programas foram interrompidos, muitos dos ganhos que foram alcançados deterioraram-se, e uso do hospital aumentou bastante. Os resultados deste estudo sugeriram que o uso dos programas comunitários deve ser abrangente e permanente.

Em meio de polémica sobre os efeitos da desinstitucionalização e do bem-estar dos indivíduos com doença mental crónica, Lehman et al. (1986), realizaram um estudo que pretendeu examinar de forma objetiva e subjetiva a QV e as experiências de doentes mentais divididos em dois grupos: utentes internados num hospital psiquiátrico e utentes residentes na comunidade. Independentemente de outras variáveis, os utentes moradores na comunidade perceberam a sua vida com condições mais favoráveis, referiram melhores recursos e tiveram menor necessidade de ser internados. O estudo elucidou acerca da problemática das condições de vida nos hospitais psiquiátricos e dos benefícios dos cuidados para doentes mentais serem baseados na comunidade.

No mesmo sentido, MacGilp (1991), estudou a QV num grupo de antigos residentes num hospital psiquiátrico na Escócia que integraram um programa estruturado de reabilitação na comunidade. Todos os indivíduos que fizeram parte do estudo mencionaram que preferiam viver na comunidade e a maioria referiu um bem-estar geral em relação à sua vida. Os mesmos resultados foram encontrados por Henderson et al. (1999), num estudo realizado em Itália.

Também, McInerney et al. (2010), realizaram um estudo em que participaram 87 pacientes psiquiátricos que tiveram alta de um hospital psiquiátrico e foram integrados na comunidade. Esta investigação teve como objetivo averiguar as mudanças que, poderiam ocorrer na QV entre a alta hospitalar e um ano depois da integração na comunidade, tentando ainda perceber se essas mudanças se mantinham cinco anos após a integração comunitária. Nos resultados do estudo os pacientes relataram estar satisfeitos na comunidade e mostraram melhorias no seu nível de autocuidado e social depois de um ano na comunidade. No entanto, essas melhorias não foram mantidas no seu quinto ano na comunidade: não houve qualquer melhoria nas habilidades domésticas, nas habilidades ou atividades sociais nem nas relações sociais. Na ocupação semanal o seu nível de interesse aumentou ao longo do primeiro ano mas não depois de cinco anos na comunidade. Ainda assim os pacientes expressaram o desejo de continuar a viver na comunidade.

4. SUPORTE SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Martins, Ribeiro, e Garret (2003), refere que a doença, qualquer doença, é sempre uma situação de crise, um acontecimento desencadeador de *stress*, que produz efeitos no doente e na família. O suporte familiar, a rede social formal e informal constituída por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, rede de amigos e voluntários, desempenham um papel importante, pois constituem fatores facilitadores no controlo de situações problemáticas.

Por sua vez, Monteiro (2009), refere que sobretudo a partir da década de oitenta, do século XX, numerosos estudos comprovam a importância do SS na saúde mental dos indivíduos. Para a autora não só os laços sociais e os relacionamentos interpessoais significativos são essenciais para manter uma boa saúde mental, como a sua existência tem um efeito protetor relativamente aos efeitos do *stress*. Estudos em larga escala, em diversas comunidades, fundamentaram a evidência de que as redes de SS estão diretamente relacionadas com a saúde individual (Schwarzer e Leppin, 1991).

Numa tentativa de simplificação, Singer e Lord (1984), agrupam os estudos que se debruçam sobre a relação entre SS e saúde em quatro grandes categorias: o SS protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*; a não existência de SS é fonte de *stress*, a perda de SS é um desencadeador de *stress*; o SS é globalmente benéfico para a saúde. Os mesmos autores referem que todas estas hipóteses têm sido corroboradas pela investigação empírica.

Por seu lado, Wheaton (1985), propõe um modelo conceptual que considera o SS como tendo um efeito direto e um papel protetor da saúde, preenchendo as necessidades básicas de contacto social, independentemente dos níveis de *stress* presentes.

Monteiro (2009), baseando-se em diversos autores, refere o efeito do SS como moderador/amortecedor do impacto do Stress (*Buffering effect*), baseando-se na demonstração que o SS facilita o *coping* com situações de crise e adaptação a mudanças de vida. A mesma autora explica que, a teoria do efeito de *buffering* considera que o SS intervém entre o agente desencadeador de *stress* e a resposta ao *stress*, reduzindo os seus efeitos de múltiplas formas: pode mudar a perceção do agente desencadeador de *stress*, diminuindo o seu impacto ou pode aumentar as capacidades individuais. O SS permite obter dos outros, ajuda tangível em situações de crise, e pode permitir o acesso a sugestões e informações que facilitem os mecanismos de ajustamento. No estudo realizado com imigrantes russófonos a residir em Portugal, observou que a perceção de SS, enquanto SS percecionado como disponível em caso de necessidade, revelou-se sistematicamente correlacionada de forma significativa com o *status* de saúde mental, com a prevalência de morbilidade psiquiátrica e com a vulnerabilidade ao *stress* da população inquirida.

De facto, a perceção de SS parece ter um impacto importante no nível global de saúde mental da população imigrante inquirida. Assim, quanto mais elevada a perceção de SS (relativo à perceção do número de indivíduos disponíveis para fornecer esse apoio), melhor o *status* global de saúde mental e menor a incidência de ansiedade e insónia, assim como de depressão grave. Por outro lado, os imigrantes com patologia psiquiátrica apresentaram no estudo valores médios inferiores de número de apoiantes que os imigrantes sem patologia, ou seja, apresentam menor SS na dimensão número de apoiantes. Estes dados podem indiciar que uma perceção mais alargada da

rede de SS, em termos de sujeitos apoiantes, está relacionada com melhores níveis de saúde mental. Este facto é particularmente relevante na situação complexa de reorganização de redes estruturais (formais e informais) de SS porque passam os indivíduos imigrantes nos seus processos de transição e integração na sociedade de acolhimento.

Baseando-nos nesta autora poderemos assim considerar que o SS na sua dimensão estritamente de apoio emocional, pode constituir um elemento que fornece apoio efetivo em situações de crise, permitindo ao indivíduo exprimir e reorganizar mecanismos de resposta emocional adequados face a situações de sofrimento psicológico.

Neste sentido, Amorim e Coelho (2008), referem que o SS é considerado como tendo um papel central na manutenção da saúde do indivíduo, funcionando como protetor em relação a situações adversas, facilitando a adaptação à situação de crise emocional, podendo ainda ter um papel na adesão a um regime terapêutico. Na análise da sua relação com a sintomatologia afetiva manifestada por doentes com diabetes mellitus tipo 2 foi encontrada uma correlação negativa entre todos os tipos de SS avaliados e os resultados da avaliação da sintomatologia de ansiedade e depressão, foram ainda observados resultados que indicam correlações mais fortes em relação à depressão.

De acordo com Berkman (1984, como citado em Ribeiro, 1999), o SS é aceite, indiscutivelmente, como importante tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que é que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (...), tais como o número de amigos, a frequência de contactos, a intensidade de contactos, a existência de amigos íntimos, ou de redes constituídas apenas por contactos sociais mesmo que não sejam amigos. Para além destes, são ainda considerados alguns aspectos subjectivos, tais como a perceção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe, e a satisfação com a dimensão social da sua vida (p. 547).

Por sua vez, Antunes e Fontaine (2010), sustentam que o SS diz respeito às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para um indivíduo, em determinadas situações da vida do mesmo. Estas pessoas podem ser familiares, amigos, vizinhos e outros, designando-se no conjunto por rede de SS.

Cobb (1976, como citado em Ribeiro, 1999), define SS "(...) como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas" (p. 547).

Lin (1986), "[d]efine suporte social como sendo o apoio acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e com o conjunto da comunidade e House (1981), refere que este se concretiza numa (...) transacção interpessoal e inclui um ou vários dos elementos seguintes: solicitude de ordem emocional como a amizade, o amor e a empatia, ajuda concreta de

bens e serviços, informação sobre o ambiente e avaliação da informação pertinente por auto-avaliação” (Abrunheiro,2007, p. 117).

Thoits (1985, como citado em Matos e Ferreira, 2000), menciona que o apoio social “(...) consiste no grau em que as necessidades básicas do indivíduo são satisfeitas através da interação com os outros. Para o autor “estas necessidades podem ser satisfeitas através de ajuda sócio-emocional, (...) ou de ajuda instrumental (...)” (p. 243).

Num sentido idêntico, Monteiro (2009) explica que [a] noção de apoio social implica elementos objectivos (conexões e relações interpessoais e comportamentos objectivos de pedidos de ajuda) e elementos subjectivos. No entanto defende que, independentemente da forma como é conceptualizado, o apoio social é sempre constituído por dois elementos básicos: a percepção de que existe um número suficiente de pessoas disponíveis para quem nos podemos voltar em situações de necessidade e o grau de satisfação com o apoio disponível (p. 36).

Apesar das dificuldades na definição deste termo e da complexidade que lhe é inerente, os autores concordam que o mesmo tem efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o bem-estar mental e as funções sociais.

Importante também será distinguir entre duas fontes de SS: informal e formal. Dunst e Trivette, (1990, como citado em Ribeiro, 1999), fizeram esta distinção e consideraram que as primeiras incluem, simultaneamente, as pessoas (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.), sendo estes passíveis de fornecer suporte, nas atividades de vida diária em resposta a acontecimentos de vida. As formais abrangem organizações sociais, assim como técnicos das áreas de saúde e social, que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas. Como tal, tende a existir um consenso geral que o domínio de SS é multidimensional e que aspetos distintos têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos.

Assim sendo, estes autores, identificaram a existência de cinco componentes de suporte social interligados que são: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência), e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida) (Ribeiro, 1999, p. 548).

Outro autor propõe a existência de seis dimensões, nomeadamente “(...) intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação” (Weiss,1974, como citado em Ribeiro, 1999, p. 548).

Ribeiro (1999) encara o SS como uma variável importante para a saúde mas refere que não há uniformidade quanto à forma de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para o avaliar. A variedade destas técnicas reflete a complexidade da concepção de SS. Existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, consideram os diversos aspetos componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu os problemas de contemplar o SS na sua globalidade.

Corroborando esta análise, Sarason, I. e Sarason, B. (1984), consideram que mesmo sendo importante como parece, não há concordância acerca da maneira de avaliar o nível pessoal de SS.

Numa revisão acerca das técnicas de avaliação do SS que são utilizadas em contexto de saúde, Heitzmann e Kaplan (1988), verificaram que as propriedades psicométricas dos instrumentos revistos eram, na generalidade fracas, e que as técnicas avaliavam diferentes concepções de SS.

Num sentido idêntico, Matos e Ferreira (2000), defendem que os primeiros índices a ser usados para medir o SS eram muito gerais (estado civil, número de amigos), tendo vindo a desenvolver-se novas medidas para medir a quantidade e qualidade do apoio recebido.

Ornelas (1994), decompõe em três categorias os instrumentos para avaliação do SS, “ [a] dimensão de Redes, que se focaliza na integração social do indivíduo num grupo e as interligações deste no contexto do grupo; a dimensão do Suporte Recebido, que se focaliza no suporte que o indivíduo na realidade recebe ou considera ter recebido e a dimensão do Suporte Percecionado que se focaliza no suporte que o indivíduo acredita ter disponível em caso de necessidade” (p. 335). De referir que para o mesmo autor a dimensão do suporte percecionado está relacionada com a perspectiva individual indicando como as utilidades do SS estão a ser satisfeitas.

Para Nunes (2005), as medidas de apoio social são elaboradas com base em determinadas perspectivas e teorias subjacentes, podendo incidir sobre uma única vertente, a estrutural ou a funcional ou então revestir uma forma mista. Na primeira categoria, a estrutural, incluem-se os instrumentos que se centram nos aspectos quantitativos do apoio, numa avaliação que prima pela objectividade fornecendo um índice objectivo e directo da disponibilidade do apoio. Estes instrumentos referem-se à existência de pessoas com quem o indivíduo tem ligações pessoais directas e às pessoas que, através de laços significativos, fornecem apoio. Na segunda categoria incluem-se as medidas funcionais que procuram chegar a índices qualitativos do apoio social, avaliando-se a satisfação do apoio recebido, o grau de felicidade em determinada relação. Estes métodos são caracterizados por alguma subjectividade (p.141).

Como já referido, o termo SS tem sido amplamente usado para referir os mecanismos pelos quais as relações interpessoais têm um presumível efeito na prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas quando o indivíduo é confrontado com situações stressantes, na diminuição da gravidade da doença e na recuperação desta (Cohen & McKay, 1984; Dunbar, Ford, & Hunt, 1998). Todavia, embora este constructo tenha vindo a ser alvo de amplo debate na literatura,

durante várias décadas não existiu consenso em relação à forma como deveria ser definido, carecendo-se de conceptualizações precisas e sistemáticas (Kessler, Price, & Wortman, 1985).

Mais consensual que a definição do conceito parece ser a perspectiva de que este constructo se encontra intimamente relacionado com a percepção de QV. Martinez (1997, como citado em Abrunheiro, 2005), defende que “(...) a qualidade de vida poderá ser definida como o bem-estar social de um indivíduo, um grupo, uma comunidade ou um país. As condições de vida, o salário, o emprego e a habitação, são factores determinantes da qualidade de vida. Quanto melhor forem estas condições, melhor será a qualidade de vida do indivíduo” (p.119).

Neste âmbito, Bennet (2002) e Abrunheiro (2005), realizaram estudos em doentes transplantados, nos quais demonstraram que, quanto maior for o SS percebido, maior será a QV, concluindo que existe uma correlação positiva entre a QV dos doentes transplantados e a satisfação com o SS.

Num sentido idêntico, Silva, et al. (2003), analisaram os efeitos do SS na QV, controlo glicémico e complicações crónicas em indivíduos com diabetes. Os resultados dessa investigação reforçam a ideia de que a percepção do SS desempenha um papel importante no controlo glicémico e na QV de indivíduos com diabetes mellitus. Relativamente à presença de complicações crónicas da doença, apenas se verificou que os indivíduos que delas sofrem apresentam uma menor satisfação com as amizades.

Num estudo acerca da QV e SS na Perturbação Depressiva Major, Milheiro (2009) refere que os resultados revelam o marcado prejuízo que esta doença provoca nos vários domínios da QV (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente), bem como na QV global e evidenciam que o apoio social deverá ser um aspeto a ter em conta na avaliação e tratamento de doentes deprimidos, assumindo este um papel de mediação no que se refere ao domínio Relações Sociais e Psicológico.

Por sua vez, Magalhães (2009), num estudo acerca QV em Doentes com Perturbações de Ansiedade apresenta que os resultados sugerem que esta patologia tem implicações significativas na QV global, assim como nos seus vários domínios e evidenciam que o SS deverá ser um aspeto a ter em conta na avaliação e tratamento de doentes com perturbações de ansiedade.

Como abordamos ao longo da contextualização, na reabilitação das pessoas com doença mental crónica, os fatores sociais e emocionais são importantes e dentre estes, a rede social, quando estável, ativa e confiável protege o indivíduo, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a rapidez da utilização de serviços de saúde e acelera os processos de tratamento, ou seja, é causadora de saúde.

Neste contexto, as reformas desencadeadas pela desinstitucionalização das pessoas com doença mental crónica, colocam vários desafios à investigação da integração destes utentes na comunidade. Segundo Ornelas (1996), os fundamentos teóricos imprescindíveis para a implementação das estruturas comunitárias de saúde mental realçam a importância dos suportes pessoais e comunitários, pelo que na opinião do autor, será importante, identificar o potencial de SS que as instituições formais podem proporcionar assim como será essencial investigar as redes e sistemas de suporte comunitário formais e informais.

Nas pessoas com doença mental crónica, os estudos permitem-nos verificar que, por exemplo, as redes sociais dos indivíduos com esquizofrenia são mais pequenas e densas do que as redes sociais das pessoas sem história de doença mental, sendo que os doentes com esquizofrenia apresentam maior proporção de ligações unidimensionais, recebendo mais SS do que aquele que conseguem prestar, mas manifestam menor capacidade para utilizar os recursos disponíveis (Pattison, Defrancisco, Wood, Frazier, Crowder, 1975; Tolsdorf, 1976)

Num estudo acerca do SS, antes e após internamentos hospitalares, Hammer (1964), concluiu que, nos indivíduos com doença mental crónica, onde as redes de apoio eram compostas por indivíduos que não estavam ligados entre si havia maior probabilidade de manter essas redes de apoio no pós-internamento.

Numa pesquisa realizada por Brown, Birley e Wing (1972), com pessoas com doença mental crónica, foi possível verificar que várias variáveis que normalmente interferem com a percepção de SS, nestes doentes em específico, não eram relevantes, particularmente para os que se encontravam institucionalizados.

Neste contexto, Moxley (1988), considerou relevante ligar as variáveis de integração social com as do SS. Num estudo em que investigou estas relações, enquanto indicadores previsíveis da integração social de doentes com esquizofrenia, observou que o tamanho e composição das redes sociais não estavam significativamente relacionados com a integração social, no entanto, os indivíduos que apresentavam baixos níveis de integração social descreviam a existência de poucos membros que proporcionavam SS. Outro resultado verificado foi que à medida que a integração social diminuía os participantes tendiam a identificar nos profissionais a capacidade de facultar SS.

Corroborando o exposto, apresentamos os resultados de um estudo qualitativo, realizado em Estocolmo – Suécia, por Högberg, Magnusson e Lützén (2006), no qual participaram nove enfermeiros psiquiátricos, em que o objetivo principal consiste em descrever as experiências desses enfermeiros em diferentes tipos de suporte habitacional para pessoas com doença mental crónica analisando as suas opiniões sobre o que consideravam ser os princípios mais importantes no sentido de facilitar a integração social dos doentes na comunidade. A análise qualitativa de conteúdo revelou que os enfermeiros referiam o contacto pessoal entre os vizinhos e as pessoas com doença mental crónica como uma forma essencial de reduzir o medo dos mesmos. Para além disso os enfermeiros viam-se como um elo entre os doentes e os outros vizinhos. Defendiam assim que sem o contacto interpessoal entre o doente e os vizinhos haveria um maior risco da integração social e comunitária falhar. Os enfermeiros consideravam ainda pouco importante a condição habitacional referindo que o importante seria as relações interpessoais estabelecidas.

A intervenção no SS torna-se assim relevante quando verificamos a existência de pessoas com doença mental crónica que, em situações de crise, conseguem evitar o internamento, pelo SS prestado por uma pessoa de referência ou por um técnico; ou quando conferimos a necessidade de internamento em indivíduos que, pela rutura ou alteração da sua rede de SS, entram em crise (Ornelas, 1996).

O mesmo autor defende, assim, que o conhecimento das características das redes sociais poderá aumentar a nossa informação sobre o grau de integração do indivíduo pelo que deve ser realizada uma investigação nesta área e refere que “(...) estes trabalhos devem ter implicações na planificação e funcionamento dos serviços de apoio comunitário a este grupo, pois se pretendemos atingir níveis elevados de eficácia em termos de integração, teremos de incidir no plano de intervenção um conjunto de estratégias que incidam na ampliação e diversificação do suporte social individual” (1996, p. 267).

5. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM ESTUDO

A forma de encarar a saúde mental e o tratamento da doença mental tem-se modificado ao longo dos tempos. No presente, a ênfase é colocada na assistência comunitária, a qual se concretiza numa mudança de paradigma, no sentido da integração das pessoas com doença mental crónica na comunidade, permitindo a sua desinstitucionalização dos Hospitais Psiquiátricos. As principais metas no tratamento destas doenças passam atualmente pela manutenção/aquisição de capacidades/competências que permitam aos doentes a (re) integração social e comunitária.

Neste sentido, partindo-se da Lei de Saúde Mental⁷, assumiu-se a importância da reabilitação psicossocial para a obtenção dos ganhos em saúde nesta área. As novas políticas reforçam essa importância ao atribuir-lhe um papel imprescindível para alcançar a reinserção dos utentes na comunidade (utentes institucionalizados) e impedir a cisão dos restantes com o seu contexto (utentes não institucionalizados).

Perante esta conjuntura, tornou-se fundamental implementar programas estruturados de reabilitação psicossocial nos serviços de internamento, com o principal objetivo de permitir aos indivíduos com doença mental crónica obter ganhos em saúde e melhorar a QV.

Neste contexto, uma instituição hospitalar que pertence à Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira são João de Deus definiu uma intervenção sistematizada na reabilitação psicossocial que teve início nos anos 90, do século passado, em parceria com outros centros assistenciais das várias Províncias da Ordem Hospitaleira são João de Deus (Província Inglesa e Províncias Espanholas).

Assim, os utentes desta instituição passaram a ser alvo e protagonistas de intervenções de reabilitação psicossocial, de acordo com as suas competências, em articulação com os diversos técnicos e monitores de que a Instituição dispõe, em unidades de internamento específicas designadas por unidades de reabilitação. Essas intervenções são realizadas por técnicos, ou sob supervisão destes, com fins terapêuticos/reabilitadores e que se caracterizam pela definição de objetivos, metodologias de avaliação e intervenção, com respetivos registos escritos. A intervenção pressupõe um investimento na melhoria das competências pessoais, funcionais e sociais dos utentes, sendo esperado que se reflita positivamente na sua auto percepção de QV e de SS.

As intervenções implementadas são definidas num plano individual de intervenção para cada utente mediante uma avaliação realizada pelos diferentes técnicos da equipa multidisciplinar. Esta equipa é formada pelos técnicos de diferentes áreas como sejam: psiquiatria, psicologia, serviço social, psicopedagogia, terapia ocupacional e enfermagem. Através desta avaliação multidisciplinar são detetadas não só, as necessidades de intervenção, como também as capacidades, as competências e a motivação do utente para integrar um programa de reabilitação

⁷ Emitida pelo Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro que "(...) cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (...)", nomeadamente "(...) unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário que se articulam com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)" e que se destinam "(...) a pessoas com incapacidade psicossocial (...)" (Artigo do Diário da República, 1.ª série – N.º19-28 de Janeiro de 2010, p.257).

psicossocial. Mediante os resultados desta avaliação, o utente é integrado numa unidade de reabilitação específica mediante os objetivos dessa unidade.

Existem cinco unidades de reabilitação na Instituição: duas Unidades de Vida Protegida, uma unidade de treino de autonomia e duas Unidades de Vida Autónoma.

A primeira unidade de vida protegida tem por objetivo geral treinar competências básicas de vida diária, permitindo aos seus residentes atingir um grau satisfatório de independência para uma melhoria da QV e uma possível progressão para outras unidades de reabilitação com o objetivo de inserção comunitária. As atividades planeadas para os utentes desta unidade incluem: treino de atividades básicas de vida diária, higiene pessoal, atividades básicas de vida doméstica e atividades ocupacionais; treino de atividades instrumentais de vida diária, utilização de serviços na comunidade, gestão do dinheiro, utilização de meios de transporte e de comunicação; intervenções em grupo, hidroterapia, atividades musicais, dinâmicas de grupo, programa de ocupação dos tempos livres; atividades internas da unidade, reuniões comunitárias, comemoração de aniversários, preparação de festas e decoração da unidade, passeio anual da unidade; e Intervenções Técnicas Individuais, planos individuais de intervenção, acompanhamento em reabilitação, acompanhamento técnico diversificado e programa de reaproximação às famílias.

A segunda unidade de vida protegida foi desenhada na perspetiva de inserir utentes com percursos de vida diferenciados, que já passaram por outras unidades de reabilitação, mas não alcançaram um satisfatório grau de independência que permitisse a sua reintegração comunitária. Os objetivos de reabilitação psicossocial desta unidade são: manter competências adquiridas nos trajetos anteriores e a QV dos residentes. As atividades desenvolvidas são as indicadas na unidade anterior.

A unidade de treino de autonomia tem como objetivo fulcral a preparação dos residentes para que consigam lidar eficazmente com as exigências do dia-a-dia. A duração prevista para a permanência nesta unidade é de um ano, durante o qual os residentes têm um papel ativo em todo o processo, dividindo entre eles a responsabilidade de assegurar o funcionamento da unidade, sob supervisão de uma equipa técnica. Os objetivos globais desta unidade são: proporcionar independência individual, preparando os residentes para uma possível reinserção social e comunitária, através da sua (re) capacitação para lidar de forma mais adequada e adaptada com as diversas exigências do dia-a-dia; acompanhar e estimular a participação ativa nas tarefas diárias e na organização interna da unidade, para que cada residente consiga atingir independência nas seguintes áreas: Atividades de Vida Diária (cuidados pessoais; alimentação, autoadministração da medicação de rotina; cuidados básicos de manutenção de saúde; mobilidade funcional); Gestão Doméstica (tratamento do vestuário - lavar, secar, passar a ferro e arrumar -, preparação e confeção das refeições, limpeza de cada espaço da unidade, criação de hábitos para a poupança de energia (água e luz), planeamento e ida às compras e gestão do orçamento semanal); Atividades Ocupacionais (frequência de uma atividade ocupacional extra residencial diária) e Funcionamento Social e Atividades de Lazer (relacionamento interpessoal/comunicação funcional). As atividades a desenvolver nesta unidade para atingir os objetivos descritos são os treinos de atividades de vida (básicas e instrumentais); o treino de aptidões

sociais/dinâmicas de grupo; o treino de gestão da medicação, do dinheiro pessoal e de tabaco; a intervenção junto das famílias e o acompanhamento individual. Esta unidade constitui-se assim como um projeto com grande potencial para gerar efeitos multiplicadores a diversas esferas, nomeadamente possibilitar aos residentes a aquisição de competências a vários níveis, que lhes permitam viver de forma mais autónoma e melhorar, assim, a sua QV.

As unidades de vida autónoma, localizadas na comunidade, visam, através de intervenções estruturadas, proporcionar autonomia individual, preparando os residentes para manter as competências adquiridas na unidade de treino de autonomia e (re) capacitá-los socialmente, e em comunidade, para lidarem de forma mais adequada e adaptada com as diversas exigências do dia-a-dia. As atividades a desenvolver incluem: monitorização e estimulação, através do acompanhamento feito por uma equipa multidisciplinar, à participação ativa nas tarefas diárias e na organização interna da unidade, para que cada residente consiga manter independência; o treino de habilidades sociais, e o desenvolvimento de competências de resolução de problemas e prevenção de recaídas. Aprender ou reaprender habilidades sociais aumenta as suas competências sociais, e por meio dessas habilidades, o paciente pode sobreviver, adaptar-se na família e na comunidade e, eventualmente, retomar linhas de desenvolvimento pessoal interrompidas pelo curso da doença. Pode também aumentar a sua compreensão sobre a doença, o que leva a uma maior adesão ao tratamento farmacológico, diminuição de recaídas, redução do estigma da doença mental e alternativa à institucionalização. Assim, pretende-se este programa tenha alguns efeitos multiplicadores, nomeadamente facultar aos residentes a aquisição e manutenção de competências a vários níveis, que lhes permitam viver de forma mais autónoma e melhorar, assim, a sua QV.

A população alvo destas intervenções, são os utentes das unidades referidas, sendo que as atividades descritas são definidas para cada utente individualmente no plano individual de intervenção. A avaliação é realizada, anualmente, por um conjunto de instrumentos que pretendem apurar a evolução dos utentes em termos de funcionalidade (Escala de Barthel, Supervisão e Avaliação Global do Funcionamento [AGF]), sintomatologia (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]), Inventário Neuropsiquiátrico [NPI]), deterioração cognitiva (Global Deterioration Scale [GDS]), Mini-Mental State Examination [MMSE]) e QV (Study 36-item Short-Form Health Survey [SF-36]).

Sendo que a potenciação da QV emerge como uma preocupação atual de todos os envolvidos nos programas de reabilitação psicossocial, a Instituição, onde decorre o estudo, definiu que a QV reporta-se aos ganhos alcançados pelos cuidados assistenciais prestados que visam a melhoria da saúde dos assistidos. A conceptualização da QV, para esta Instituição, remete à QVRS, sendo esta o objetivo primordial das intervenções no âmbito da reabilitação psicossocial.

CAPÍTULO II – DESENHO DO ESTUDO

1 – MÉTODO

“[O] desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. (...) Para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem por objetivo controlar as possíveis fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados” (Fortin, 1999, p.132).

Tendo por base esta análise, neste capítulo, descrevemos a forma como o estudo se concretizou. Para tal, começamos por indicar o tipo de estudo e os participantes no mesmo, passando depois a descrever os materiais utilizados bem como os procedimentos estabelecidos e o tratamento de dados efetuado.

1.1. Tipo de Estudo

Segundo Fortin (1999) “[a]s investigações de tipo experimental caracterizam-se pelo estudo de relações de causalidade (...) e prevêm dois grupos de sujeitos ou de objectos”(p.184). Sendo assim, estes grupos subdividem-se em grupo experimental, sujeito à intervenção, e grupo controlo ou testemunho, que não é submetido à intervenção.

No entanto, de acordo com Tuckman (2002), em determinados universos (por exemplo o universo das intervenções em saúde), existem sérias limitações relativamente à capacidade do investigador para seleccionar sujeitos das intervenções/tratamentos e atribuir-lhes condições de manipulação de forma a propiciar um verdadeiro controlo experimental. Deste modo, perante tais situações de dificuldade os investigadores devem utilizar designs quase experimentais para prosseguir com as investigações de acordo com as características reais de cada situação particular (Ibidem). Assim como nos estudos verdadeiramente experimentais nos quase experimentais são examinadas relações de causa e efeito entre variáveis independentes e dependentes, a principal diferença é que nos segundos os grupos são seleccionados de um modo que não é aleatório (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007). Fortin (2009), defende que o desenho quase experimental e o desenho experimental diferem pela ausência de grupo controlo ou da repartição aleatória entre os grupos. Refere ainda que os desenhos quase experimentais contêm normalmente grupos testemunho não equivalentes e os desenhos de séries temporais. Além disso a mesma autora considera que, “[o]s desenhos com grupos testemunho não equivalentes compreendem: o desenho após somente de grupo único; o desenho após somente com grupo testemunho não equivalente; o desenho antes-após, de grupo único; o desenho antes-após, com grupo testemunho não equivalente e o desenho antes-após com retirada do tratamento” (p. 275).

No estudo realizado, dado que se pretende avaliar os resultados, dum programa terapêutico, na percepção da QV e do SS dos utentes, alvo duma intervenção, já implementado no momento do início da investigação, o tipo de estudo a realizar configura-se como um estudo quase experimental num desenho após somente com grupo testemunho não equivalente dado que se aproveita uma intervenção que é efetuada e não é manipulada de forma sistemática pelo investigador, para avaliar os seus contributos e dado que os participantes no estudo foram seleccionados de um modo não aleatório (Fortin, 1999).

Tuckam (2002) refere, no entanto, que os estudos quase experimentais controlam algumas, mas não todas as fontes que afetam a validade interna e aplicam-se nas situações em que é difícil ou impossível um total controlo experimental situação que se adequa ao nosso estudo. A este respeito, Fortin (2009) alude ao facto desta tipologia de estudos não conter critérios para garantir a equivalência entre os grupos, constituindo esta, uma séria desvantagem dado que qualquer diferença nas medidas entre os grupos pode ser atribuída ao efeito da variável independente ou à seleção dos grupos.

Consideramos ainda o estudo realizado como um estudo transversal dado que a colheita de dados se realizou num único momento e poderemos ainda defini-lo como retrospectivo dado que se reporta à análise de factos do passado, sendo que não existiu um protocolo devidamente preconizado antes do início do programa em avaliação. Quanto ao tipo de dados recolhidos trata-se de um estudo de carácter quantitativo.

1.2. Objetivos do Estudo

O problema que nos move nesta investigação é perceber os reais contributos do programa de reabilitação psicossocial descrito na percepção subjetiva dos beneficiários das intervenções. Enquanto gestor da Instituição interessa ao investigador avaliar o programa de forma a poder integrar os contributos identificados no planeamento das intervenções para que se constituam como melhorias na qualidade do serviço prestado.

No contexto deste estudo assume-se a percepção de QV e do SS dos utentes internados como variáveis dependentes, e os programas de reabilitação psicossocial desenvolvidos nas unidades de reabilitação da Instituição como variáveis independentes. As variáveis clínicas e sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, número de visitas e visitante, diagnóstico e anos de internamento) podem ser denominadas variáveis atributo, no entanto, no contexto do estudo poderemos também considerá-las variáveis independentes com influência sobre a percepção da QV e do SS. Com a finalidade de conceder contributos para a gestão/organização dos serviços e para o planeamento das intervenções definimos como objetivo geral deste trabalho avaliar o impacto dos programas de reabilitação psicossocial na percepção de QV e do SS dos utentes internados.

Para sistematizar e organizar o pensamento crítico e tendo em vista a consecução do objetivo geral definimos os seguintes objetivos específicos para este trabalho: (i) Avaliar a percepção de QV e de SS dos utentes; (ii) Identificar determinantes sociodemográficas e clínicas que influenciem a percepção da QV e do SS; (iii) Analisar o efeito do programa de intervenção na percepção de QV e do SS dos utentes; e (iv) Analisar a relação entre a percepção da QV e do SS.

De acordo com os objetivos anteriormente expostos, as hipóteses de investigação são as seguintes:

1. Os programas de reabilitação psicossocial influenciam a percepção de Qualidade de Vida e a percepção de Suporte Social dos utentes.
2. Existe relação entre percepção da Qualidade de Vida e a percepção do Suporte Social.

3. Existe relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a percepção de Qualidade de Vida e de Suporte Social.

1.3. População e amostra

Após definir que a população alvo, deste estudo, eram os indivíduos internados numa instituição hospitalar que pertence à Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de São João de Deus, procedeu-se à seleção de um grupo experimental e de um grupo controlo. No total participaram neste estudo 94 pacientes, com doença mental crónica, em regime de internamento na referida instituição, nas unidades de reabilitação (grupo experimental) e em unidades de evolução prolongada (grupo controlo).

Constituíram-se dois grupos, experimental e controlo, com sujeitos que apresentavam características semelhantes relativamente a certas determinantes clínicas (funcionamento cognitivo, dependência funcional, sintomatologia neuropsiquiátrica e funcionamento psicológico, social e ocupacional avaliados pelas escalas MMSE, AGF, Supervisão, NPI e Barthel) para que fossem de certa forma comparáveis. Definiram-se critérios de inclusão e de exclusão, e todos os indivíduos internados nas unidades de reabilitação fizeram parte do grupo experimental, desde que obedecessem aos critérios de inclusão na amostra, posteriormente, o investigador, para constituir o grupo controlo, selecionou nas unidades de evolução prolongada sujeitos que apresentavam características semelhantes em relação a determinadas variáveis.

O grupo experimental é composto por 47 pacientes internados em unidades de reabilitação com programa de reabilitação psicossocial definido. Foi utilizado como critério de inclusão os indivíduos possuírem doença mental crónica e terem programa de reabilitação psicossocial definido pelo menos há um ano. Foram utilizados como critérios de exclusão: (i) deterioração cognitiva significativa, tal como avaliado pelos valores III ou IV na escala MMSE; (ii) deterioração severa do funcionamento psicológico, social e ocupacional, avaliada pela escala AGF com um valor inferior a 40; (iii) nível elevado de dependência funcional, tal como avaliado pela Escala de Barthel num valor de III, IV ou V; e (iv) nível elevado de sintomatologia neuropsiquiátrica co mórbida, avaliada pelo NPI pelo valor IV e V.

O grupo controlo é composto por 47 pacientes, também com diagnóstico de doença mental crónica, de duas unidades de evolução prolongada da mesma Instituição, e nunca nenhum dos sujeitos integrou, até ao momento, qualquer programa de reabilitação psicossocial.

1.4. Instrumentos de recolha de dados

Fortin (1999) refere que os questionários são métodos privilegiados na colheita dos dados pois apesar de necessitarem de respostas escritas permitiram organizar, normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas podem ser colhidas de uma maneira rigorosa permitindo um melhor controlo dos enviesamentos.

Apesar das desvantagens por vezes apontadas à utilização de questionários com questões fechadas, nomeadamente a perda de alguma informação, optou-se pela sua utilização, uma vez

que permitem a recolha de informação em grandes amostras a custo baixo, com total isenção nas respostas obtidas (Polit & Hungler, 1997)

No entanto, tendo por base a amplitude dos objetivos do estudo e as dificuldades inerentes à avaliação da percepção da QV e do SS, principalmente em indivíduos com doença mental crónica, institucionalizados há vários anos, optámos por definir um conjunto de instrumentos que primariamente garantam a capacidade aos indivíduos para responder ao que pretendemos e posteriormente possibilitem fiabilidade e validade aos resultados obtidos.

Consideraram-se assim uma série de instrumentos, alguns, para permitir cumprir os critérios de inclusão – instrumentos para determinação dos participantes (MMSE, AGF, Barthel, Supervisão e NPI) – que serviram de critérios de seleção do GE e do GC; e outros que possibilitaram a execução dos objetivos do estudo e os testes das hipóteses – instrumento para recolha de informações sociodemográficas e clínicas, instrumento de avaliação da percepção da QV – Medical Outcomes Study, (MOS) SF – 36, de Ware e Sherbourne (1992), na Versão portuguesa Questionário de Estado de Saúde – SF 36v2 de Ferreira e Santana (2003) – e instrumento de avaliação da percepção de SS - Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000).

1.4.1. Instrumentos para aplicação de critérios de inclusão

Face à necessidade de definição dos participantes a incluir no estudo foi necessário utilizar um conjunto de instrumentos com o objetivo de melhor caracterizar a população de pacientes. Optou-se por utilizar os instrumentos habitualmente utilizados na instituição.

1.4.1.1. Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975) na adaptação portuguesa de Guerreiro et al (1993)

Pretendendo apurar o funcionamento cognitivo, com o MMSE de Folstein, M., Folstein, S. e McHugh (1975), na adaptação portuguesa de Guerreiro, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia (1994), (Anexo I), que consiste num questionário de rastreio constituído por 30 itens que testam áreas como a orientação, memória (retenção e evocação), concentração (atenção e cálculo), linguagem e capacidades motoras (habilidade construtiva). A partir da conjugação da pontuação obtida com o nível de escolaridade do sujeito, considera-se que existe défice cognitivo sempre que se obtenham: analfabetos ≤ 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos. O questionário provou ter boas capacidades psicométricas em vários estudos (Lourengo & Veras, 2006; Valle, Costa, E. Firmo, Uchoa, & Costa, M., 2009).

1.4.1.2. Escala de Barthel de Mahoney e Barthel

A Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), (Anexo II), mede o grau de independência funcional em 10 áreas de atividades de vida diária (alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, controlo intestinal, controlo vesical, uso do vaso sanitário, transferência cadeira/cama, deambulação e escadas), sendo que cada item avalia o sujeito enquanto independente, com necessidade de ajuda e dependente. No resultado total da escala, uma pontuação de 0 representará um indivíduo dependente, enquanto uma pontuação de 100 traduz uma

independência completa. A escala tem demonstrado boas capacidades psicométricas em vários estudos (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Boaz, Silva, & Argimon, 2008).

1.4.1.3. Escala de Supervision do Hospital San Juan de Dios, Santa Águeda-Gesabilar, Mondragón – Arrasate na tradução e adaptação portuguesa Escala de Supervisão

A escala de Supervisão (tradução e adaptação da escala de Supervision do Hospital San Juan de Dios, Santa Águeda- Gesabilar, Mondragón – Arrasate), (Anexo III), tem como objetivo avaliar o paciente em duas esferas: somato-orgânica e psicossocial. A esfera somato-orgânica engloba itens de higiene pessoal, eliminação intestinal, eliminação vesical, estado nutricional, segurança/riscos, movimentos anormais e estado somato-orgânico, cada um avaliado com 0, 1 ou 2 pontos. A esfera psicossocial, por sua vez, engloba os itens de sono, conduta, manipulação de recursos (dinheiro), estado de consciência, défice de orientação, toma da medicação e comunicação/relação, também cada um deles avaliado com 0, 1 ou 2 pontos. O valor final global permite situar o paciente num determinado grau de supervisão, da seguinte forma: Grau I, ou Sem Supervisão, para pontuação igual a 0; Grau II, ou Pouca Supervisão, para pontuações entre 1 e 7; Grau III, ou Bastante Supervisão, para pontuações 8 ou 9 ou duas variáveis pontuadas com 2; Grau IV, ou Muita Supervisão, para pontuações 10 a 15, ou 3 ou 4 variáveis pontuadas com 2; e Grau V, ou Alta Supervisão, para pontuação 16 ou 5 variáveis pontuadas com 2. Esta escala não se encontra validada cientificamente, no entanto, dado que faz parte dos instrumentos anualmente aplicados na instituição para caracterização da população de utentes pareceu-nos boa opção utilizá-la.

1.4.1.4. Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) incluída no DSM-III-R (2002)⁸

A escala AGF (American Psychiatric Association, 2002), (Anexo IV), avalia o funcionamento psicológico, social e ocupacional do indivíduo. Contém itens numerados de zero a cem, os quais, por sua vez, estão divididos em grupos decimais que pontuam um *continuum* em que o nível superior representa um desempenho ótimo de papéis sociais numa ampla faixa de atividades e os níveis mais baixos representam um grave comprometimento da capacidade de trabalho (operativa), de manutenção do status social e de obtenção da proteção familiar, considerando inclusivamente a presença de condutas altamente perigosas para si e para os outros, tais como atos homicidas e suicidas.

⁸ A classificação do funcionamento psicológico global numa escala de 0-100 foi realizada por Luborsky na Health-Sickness Rating Scale (Luborsky, L. "Clinicians Judgments of Mental Health" *Archives of General Psychiatry* 7: 407-417, 1962). Spitzer e colaboradores levaram a cabo uma revisão da Health-Sickness Rating Scale chamada Escala de Avaliação Global (EAG) (Endicott, J.; Spitzer, R. L. ; Cohen, J. "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance" *Archives of General Psychiatry* 33: 766-771, 1976). O DSM-III-R incluiu uma versão modificada da EAG como Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).

1.4.1.5. Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings (1997) na versão portuguesa do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (2007)

O inventário neuropsiquiátrico de Cummings (1994), na adaptação de Leitão e Nina (2007), (Anexo V), avalia a severidade e frequência de sintomatologia psicopatológica (delírio, alucinação, agitação, irritabilidade/labilidade, depressão/disforia, ansiedade, euforia/elação, apatia/indiferença, desinibição e comportamento motor aberrante) e indicadores neurovegetativos (sono e apetite). O resultado obtido permite situar o paciente em função do grau de sintomatologia apurado, da seguinte forma: Nível I, ou Sem Sintomatologia, para pontuação igual a 0; Nível II, ou Sintomatologia Leve, para pontuações de 1 a 13; Nível III, ou Sintomatologia Moderada, para pontuações 14 a 21, ou 2 a 3 sintomas com pontuação SEVERIDADE = 2, ou 1 sintoma com pontuação TOTAL = 8, ou 1 sintoma com pontuação SEVERIDADE = 3; Nível IV, ou Sintomatologia Intensa, para pontuações 22 a 31, ou 4 sintomas com pontuação SEVERIDADE = 2, ou 2 sintomas com pontuação TOTAL = 8, ou 3 sintomas com pontuação SEVERIDADE = 3, ou 1 sintoma com pontuação TOTAL = 12; e Nível V, ou Sintomatologia Muito Intensa, para pontuações iguais ou superiores a 32, ou 5 ou mais sintomas com pontuação SEVERIDADE = 2, ou 3 ou mais sintomas com pontuação TOTAL = 8, ou 3 ou mais sintomas com pontuação SEVERIDADE = 3, ou 2 ou mais sintomas com pontuação TOTAL = 12. Quanto às características psicométricas, o NPI tem apresentado boas capacidades, nomeadamente em estudos que envolvem populações psiquiátricas em geriatria (Lange, Hopp, & Kang, 2004; Camazzato, et al., 2007).

1.4.2. Instrumentos para consecução dos objetivos do estudo

Relativamente aos instrumentos utilizados com vista a atingir os objetivos definidos para o estudo estes foram escolhidos pelo facto de nos parecerem os mais adequados em função desses mesmos objetivos. No caso da escala SF-36 esta já é aplicada na Instituição motivo que contribuiu para a sua escolha.

1.4.2.1. Instrumento para recolha de informações sociodemográficas e clínicas

Tendo por base os objetivos do estudo foi construído um questionário para colheita de informações sociodemográficas e dados clínicos, (Apêndice A), onde as questões foram realizadas de forma fechada de modo a obter respostas únicas. Tentámos ainda ir de encontro às dificuldades dos utentes em responder a essas questões tentando realizá-las da forma mais simples e compreensível possível. Alguns dados, nomeadamente clínicos (diagnóstico e anos de internamento) foram confirmados no processo clínico dos utentes dada a dificuldade destes para responder com exatidão a essas questões.

1.4.2.2. Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000)

A construção desta escala, (Anexo VI), pelos autores partiu da elaboração de uma série alargada de itens, dos quais, após análise qualitativa e pré teste resultou este instrumento que engloba um conjunto de 16 questões que permite cinco possibilidades de resposta numa escala tipo *likert*, com a atribuição de uma pontuação de 1 a 5, em que 5 corresponde a níveis mais elevados de Apoio

Social, exceto os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 que pela forma como estão formulados são cotados inversamente.

Após análise fatorial em componentes principais, as autoras puderam determinar três fatores ou dimensões que são mais frequentemente referidos na literatura sobre este constructo que são: apoio informativo, que se refere ao aconselhamento e à informação que facilitam os esforços de resolução de problemas; apoio emocional e apoio instrumental na resolução de problemas em concreto.

O estudo de consistência interna dos fatores da escala de avaliação de Apoio Social, aplicadas à amostra de indivíduos em estudo, mostram valores de alfa de Cronbach, que são apresentados no quadro seguinte, e permitem constatar que todos os fatores possuem uma boa consistência interna, segundo as autoras da escala, dado que os valores obtidos situam-se todos acima de 0,8.

Quadro 1 - Valores de alfa de Cronbach da Escala de Avaliação de Apoio Social

	α de Cronbach (1)	α de Cronbach (2)
Apoio Informativo	0,74	0,91
Apoio Emocional	0,72	0,82
Apoio Instrumental	0,63	0,82

(1) Versão original de Matos e Ferreira, (2000)

(2) Valores na amostra em estudo

1.4.2.3. Medical Outcomes Study, MOS SF – 36, de Ware e Sherbourne (1992) na Versão portuguesa Questionário de Estado de Saúde – SF 36v2 de Ferreira e Santana (2003)

O SF-36, (Anexo VII), é um instrumento que avalia a percepção da saúde segundo a definição da OMS. Surgiu da necessidade de se construir um questionário reduzido para avaliar o estado da saúde em qualquer faixa etária, doença ou tratamento (Ware & Sherbourne 1992), tendo sido adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Santana, (2003); Ferreira, (2000a); Ferreira, (2000b).

Trata-se de um instrumento, desenvolvido sob a forma de escala de *likert*, constituído por 36 itens de autorresposta, dividido por 8 dimensões que por sua vez se associam em dois componentes: o Componente Físico e o Componente Mental. Todas as dimensões, através dos vários itens, detetam estados positivos ou negativos de saúde e bem-estar. As pontuações finais de cada dimensão variam entre 0-100, com as pontuações mais elevadas a corresponderem ao melhor estado possível.

O Componente Físico é constituído pelas seguintes dimensões: o Função Física que avalia a limitação que o sujeito apresenta na realização de todas as atividades físicas por razões de saúde (10 itens); o Desempenho Físico que avalia os problemas na realização do trabalho ou de outras atividades diárias em consequência da saúde física (4 itens); a Dor Corporal que avalia o grau de

dor e grau de limitação associada (2 itens); e a Saúde Geral que avalia a percepção do estado de saúde e a sua evolução (5 itens).

Por sua vez, o Componente Mental é constituído pelas restantes 4 dimensões: a Vitalidade que avalia o grau de energia sentida (4 itens); a Saúde Mental que avalia a percepção do estado de ânimo e o afeto negativo em geral (5 itens); a Função Social que avalia o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais normais (2 itens); e o Desempenho Emocional que avalia o impacto dos problemas emocionais no trabalho e outras atividades diárias (3 itens).

Para além de todos os itens indicados existe um item Transição em saúde que não constitui por si só uma dimensão mas permite-nos aceder a informação sobre o grau de mudança que o respondente experimentou em relação à experiência anteriormente vivida. Este item visa avaliar a saúde atual em comparação com a saúde no ano anterior.

O SF-36 pode ser auto administrado ou administrado através de entrevista, tendo sido já amplamente utilizado em estudos versando várias situações patológicas.

Alguns aspetos que contribuem para a sua vasta utilização prendem-se com o facto de avaliar não só a saúde física, mas também a saúde mental, de ser simples e rápida na aplicação, reduzindo o incómodo no preenchimento e facilitando a aplicação. Para além de tudo isto apresenta elevada robustez psicométrica (Ferreira, 2000a; Silva et al. 2003)

O estudo de consistência interna das subescalas do questionário de avaliação de QV, SF-36v2, aplicadas à amostra de indivíduos em estudo, enunciam valores de alfa de Cronbach, que são apresentados no quadro seguinte, e permitem constatar que todas as subescalas possuem uma consistência interna aceitável, valores em paralelo com os obtidos para a versão original.

Quadro 2 – Valores de alfa de Cronbach da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – SF-36v2

	α de Cronbach (1)	α de Cronbach (2)
Função Física	0,87	0,95
Desempenho Físico	0,75	0,98
Dor	0,84	0,97
Saúde Geral	0,87	0,70
Vitalidade	0,83	0,81
Função Social	0,60	0,68
Desempenho Emocional	0,71	0,99
Saúde Mental	0,64	0,76

(1) Versão portuguesa de Ferreira e Santana, (2003)

(2) Valores na amostra em estudo

1.5. Procedimentos

Foram consultados os processos clínicos dos utentes com vista à recolha de alguns dados. Para além desta consulta, com vista à seleção dos participantes, foi utilizada a avaliação anual,

realizada na instituição onde decorreu o estudo, que consiste nos seguintes instrumentos: escalas de Barthel, Supervisão, MMSE e AGF. Com vista a atingir os objetivos do estudo, foi realizada entrevista com os participantes com uma duração média de 45 minutos onde foram aplicados o questionário SF-36v2 – Versão portuguesa de Ferreira e Santana, (2003) e a Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000). Nessa altura, foi ainda completado o Questionário sociodemográfico. De referir que dadas as dificuldades dos participantes em preencher as escalas procedeu-se ao seu preenchimento pelo investigador.

De acordo com Fortin (1999), [a] investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade e por fim o direito a um tratamento justo e leal (p.116).

Tendo por base tais princípios foi realizado um protocolo de consentimento informado para a obtenção dos dados necessários à investigação. Inicialmente foi prestada informação acerca de qual o contexto e a finalidade da investigação; sobre a possibilidade de recusar participar na investigação em qualquer altura da mesma; foram ainda informados os participantes em que consistia a sua participação e quais os possíveis riscos e incómodos que poderiam advir da mesma. Por fim os participantes foram informados da forma como seriam usados os seus dados pessoais. Foi-lhes garantida a confidencialidade, o anonimato e a privacidade de todos os dados recolhidos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição onde decorreu o estudo (Apêndice B).

1.6. Tratamento estatístico dos dados

Estimou-se a consistência interna de cada uma das escalas, de avaliação da QV – SF 36v2 (Ferreira & Santana, 2003) e de avaliação do Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000) através do coeficiente **Alfa** de Cronbach e considerou-se como valores razoáveis ou aceitáveis acima dos 0.70 (Pestana & Gageiro, 2003).

A análise descritiva foi efetuada com recurso a medidas de tendência central, de dispersão e localização – média, desvio padrão, mediana, coeficiente de variação, e amplitude.

Para comparar medidas de tendência central, aplicou-se o teste t de Student, tendo em conta o teorema do limite central, nas situações em que a dimensão da amostra é elevada (grupos com $n > 30$) e a normalidade pode ser ignorada (Pestana & Gageiro, 2003) e o teste não paramétrico de Mann Whitney, nos casos em que não se verificaram as condições estatísticas de aplicabilidade do teste paramétrico.

O teste Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a normalidade da distribuição e o teste de Levene foi usado para testar a variância. Quando verificamos que não existia normalidade na distribuição, optámos por aplicar testes não paramétricos, nomeadamente o coeficiente de correlação ρ de Spearman, que foi utilizado como medida de associação entre variáveis. Trata-se de uma medida de associação entre variáveis quantitativas, ou qualitativas numa escala ordinal, indicando que os fenómenos não estão indissolivelmente ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso (Pestana & Gageiro, 2003). Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, valores entre 0,4 e 0,7 indicam uma correlação moderada e acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte (Pestana & Gageiro, 2003). No entanto, dada a pouca expressividade das relações entre variáveis em ciências sociais, há autores que sugerem outras leituras, aceitando como correlações fracas, moderadas e fortes de acordo com os valores de referência 0,2; 0,3 e 0,5, respetivamente (Pallant, 2001, como citado em Amorim, 2006).

Quando se pretendeu fazer a comparação entre três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, uma vez que não se encontravam assegurados os pressupostos para aplicação dos testes paramétricos.

Na análise de relação entre variáveis qualitativas em tabelas de contingência, utilizou-se o teste de independência do Qui-Quadrado quando se verificaram os pressupostos da sua utilização. Quando necessário foi aplicado a correção com o teste de Fisher.

O nível de significância estatística fixou-se em $p < 0,05$ para efetuar os testes de hipóteses. Para realizar a análise estatística, utilizou-se o pacote estatístico SPSS versão 17.0 para o Windows.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos, os dados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, a uma amostra de 94 utentes da instituição, divididos em dois grupos – grupo experimental (utentes em programa de reabilitação psicossocial) e grupo controlo (utentes em unidades sem programa de reabilitação psicossocial definido) – cada um com 47 participantes.

A ordem de apresentação seguirá a ordem dada às questões no instrumento de colheita de dados organizando-se no sentido de ir de encontro aos objetivos específicos propostos neste estudo. Ao longo da apresentação dos resultados serão apresentados os cálculos estatísticos utilizados, usando quadros com os valores até às décimas, exceto para o valor de teste que é apresentado até às centésimas.

Tendo em conta os objetivos do estudo, para além da estatística descritiva acerca das variáveis em estudo, consideramos importante testar a independência entre os grupos (experimental e controlo) face a algumas variáveis. Em algumas situações utilizamos o teste t de Student (idade e anos de internamento) noutras usamos o teste de Qui-Quadrado sempre que os pressupostos da sua utilização estavam garantidos (diagnóstico e habilitações literárias). Quando necessário tendo em conta os pressupostos observados (variável estado civil) aplicou-se a correção do teste de Fisher.

2.1. Caraterísticas Sociodemográficas

▪ Idade

A média de idades no grupo experimental é de 49,6 anos, com um desvio padrão de 9,9, enquanto no grupo controlo a média de idades é de 54,6 anos, com um desvio padrão de 11,0 (Quadro 3). No global podemos verificar que as idades dos participantes estão compreendidas entre os 22 e os 76 anos com uma média de 52,1 anos e um desvio padrão de 10,7 anos. Verificamos ainda pela aplicação do teste t ($p < 0,05$) que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à média de idades nos dois grupos.

Quadro 3 – Caracterização da amostra quanto à idade

Idade em anos	GE (n = 47)	GC (n = 47)	Global (n = 94)					
	m +/- dp		m +/- dp	md	Amplitude (Mín - Máx)	gl	t	p
	49,6 +/- 9,9	54,6 +/- 11,0	52,1 +/- 10,7	52,5	(22 - 76)	92	-2,3	0,02

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **m:** média; **dp:** desvio padrão; **md:** mediana; **gl:** grau de liberdade; **Min.:** mínimo; **Máx.:** Máximo; **n:** frequência absoluta; **t:** teste t-student; **p:** valor prova

▪ Habilitações literárias

Pelo que se pode observar, no Quadro 4, a maioria dos participantes, 43,6% no global, 48,9% no grupo experimental e 38,3% no grupo controlo, possuem um nível baixo de escolaridade, ou seja, não sabe ler nem escrever ou têm apenas quatro anos de escolaridade. De referir que unicamente 10,6% dos participantes no estudo possuem um curso superior. Quando agrupamos as categorias da variável em nível inferior (até quatro anos de escolaridade), nível médio (Ciclo Preparatório, Ensino Unificado e Secundário) e nível superior (Bacharelato ou Licenciatura) e testamos a independência dos grupos, com a aplicação do teste Qui-Quadrado, verificamos que estes são independentes ($p > 0,05$).

Quadro 4 – Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias

Habilitações Literárias	GE (n = 47)		GC (n = 47)		Global (n = 94)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%	n	%		
Nível inferior	23	48,9	18	38,3	41	43,6	2,1 (2)	0,34
Não sabe ler nem escrever	3	6,4	3	6,4	6	6,4		
Instrução Primária (4ª classe)	20	42,6	15	31,9	35	37,2		
Nível Médio	18	38,3	25	53,2	43	45,7		
Ciclo Preparatório (6º ano)	11	23,4	13	27,7	24	25,5		
Ensino Unificado (9º ano)	5	10,6	8	17,0	13	13,8		
Ensino Secundário (12º ano)	2	4,3	4	8,5	6	6,4		
Nível Superior	6	12,8	4	8,5	10	10,6		
Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura)	6	12,8	4	8,5	10	10,6		

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **gl:** grau de liberdade; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa; χ^2 : teste Qui-Quadrado; **p:** valor prova

▪ Estado civil

A grande maioria dos participantes não é casada (95,7% no grupo experimental, e 87,2% no grupo controlo), sendo o estado civil solteiro mais prevalente, em 75,5% da amostra. Quando aplicamos o teste do Qui-Quadrado, com a correção de Fisher, para verificar a independência dos grupos, agrupando as categorias somente em casados e não casados, verificamos que esta se verifica ($p > 0,05$) (Quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização da amostra quanto ao estado civil

Estado Civil	GE (n = 47)		GC (n = 47)		Global (n = 94)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%	n	%		
Não Casado	45	95,7	41	87,2	86	91,5	0,3 (1)	0,13
Solteiro	37	78,7	34	72,3	71	75,5		
Divorciado	8	17,0	7	14,9	15	16,0		
Casado/União de Facto	2	4,3	6	12,8	8	8,5		

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **gl:** grau de liberdade; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa; χ^2 : teste Qui-Quadrado; **p:** valor prova

▪ Número de visitas e visitante

A maioria dos indivíduos recebe somente visita mensal com 46,8% em ambos os grupos. De destacar que no grupo experimental 12,8% dos participantes não têm visitas e 19,1% têm visitas mensais. É de referir que as visitas são efetuadas na grande maioria por familiares que não os filhos ou conjugues com 76,6% das visitas no grupo experimental e com 83,0% no grupo (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização da amostra quanto ao número de visitas e visitantes

Número de visitas	GE (n = 47)		GC (n = 47)		Global (n = 94)	
	n	%	n	%	n	%
Não tem	6	12,8	2	4,3	8	8,5
Anual	9	19,1	11	23,4	20	21,3
Mensal	22	46,8	22	46,8	44	46,8
Semanal	4	8,5	11	23,4	15	16,0
Outra periodicidade	6	12,8	1	2,1	7	7,4
Visitante	GE (n = 47)		GC (n = 47)		Global (n = 94)	
	n	%	n	%	n	%
Marido/Esposa	1	2,1	4	8,5	5	5,3
Filhos	2	4,3	2	4,3	4	4,3
Outros Familiares	36	76,6	39	83	75	79,8
Amigos	1	2,1	-	-	1	1,1
Outros	1	2,1	-	-	1	1,1
Ninguém	6	12,8	2	4,3	8	8,5

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa

2.2. Características Clínicas

▪ Diagnóstico

Como se pode constatar o diagnóstico com maior prevalência em ambos os grupos é Esquizofrenia com um valor global de 72,3% da amostra. Nos outros diagnósticos destaca-se a Debilidade Intelectual no grupo experimental com 10,6% dos participantes e a Dependência Alcoólica no grupo controlo também com 10,6% dos participantes. Também nesta variável não se verificou independência dos grupos pela aplicação do teste do Qui-Quadrado (Quadro 7).

Quadro 7 – Caracterização da amostra quanto ao diagnóstico

Diagnóstico	GE (n = 47)		GC (n = 47)		Global (n = 94)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	gl=1	
Esquizofrenia	33	70,2	35	74,5	68	72,3	0,2	0,64
Outros Diagnósticos	14	29,8	12	25,5	26	27,7		

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **gl:** grau de liberdade; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa; χ^2 : teste Qui-Quadrado; **p:** valor prova

▪ Anos de internamento

No tocante ao tempo de internamento (Quadro 8), verifica-se que ambos os grupos a maioria dos participantes têm até 10 anos de internamento. No grupo experimental 36,2% dos participantes estão internados há menos de 5 anos, enquanto 29,8% estão internados entre 5 e 10 anos, e no grupo controlo 23,4% dos participantes estão internados há menos de 5 anos enquanto 34% estão internados entre 5 e 10 anos. A média de anos de internamento no grupo experimental é de 9,7 anos com um desvio padrão de 7,7, enquanto no grupo controlo é de 13,4 anos com um desvio padrão de 11,6 anos. Da aplicação do teste t verificou-se que a média de idades do grupo controlo e do grupo experimental não apresentam diferenças estatisticamente significativas, em relação à média de anos de internamento ($t=-1,8$; $gl=79,9$; $p=0,08$).

Quadro 8 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de internamento

Anos de Internamento	GE (n = 47)		GC (n = 47)		Global (n = 94)	
	n	%	n	%	n	%
<5 anos	17	36,2	11	23,4	28	29,8
5 - 10 anos	14	29,8	16	34,0	30	31,9
11 - 15 anos	3	6,4	6	12,8	9	9,6
16 - 20 anos	9	19,1	6	12,8	15	16,0
21 – 25 anos	3	6,4	1	2,1	4	4,3
>25 anos	1	2,1	7	14,9	8	8,5

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa

▪ **Anos de internamento nas unidades de reabilitação**

Dentro do grupo experimental a grande maioria dos participantes, possui até 5 anos de internamento numa unidade de reabilitação, num total de 74,5%. Os restantes 25,5% estão internados entre 5 e 10 anos. A média de anos de internamentos nas unidades de reabilitação é de 1,9 anos com um desvio padrão de 2,4 anos.

Quadro 9 – Caracterização da amostra quanto aos anos de internamento em unidades de reabilitação

Anos de Internamento em Unidades de Reabilitação	n	%
< 5 anos	35	74,5
5 – 10 anos	12	25,5

n: frequência absoluta; %: frequência relativa

2.3. Qualidade de Vida

No sentido de descrever a avaliação subjetiva de QV por parte dos indivíduos que constituem a amostra estudada, são apresentados os resultados da estatística descritiva obtidos para as oito dimensões mais as duas componentes do Questionário do Estado de Saúde SF-36. É de sublinhar que os resultados da aplicação deste instrumento de avaliação variam numa escala de 0 a 100, de modo que os valores mais elevados correspondem a uma melhor QV percecionada. (Quadro 10). De acordo com as respostas obtidas para o item Transição em Saúde (item 2) do SF-36, 7,4% dos indivíduos mencionaram que o seu estado geral estava “Muito melhor”, 44,7% “Com algumas melhoras”, 25,5% “Aproximadamente igual”, 18,1% “Um pouco pior” e 4,3% “Muito pior”, quando comparado com o que acontecia há um ano atrás. Acresce ainda a esta análise que, de acordo com os resultados observados no Quadro 10 podemos verificar que as dimensões em que os utentes apresentavam melhor perceção de QV eram a Dor Corporal e o Desempenho Emocional, pelo contrário aquelas em que manifestavam pior perceção de QV eram a Saúde Geral e a Vitalidade.

Quadro 10 – Resultados da avaliação da perceção de qualidade de vida

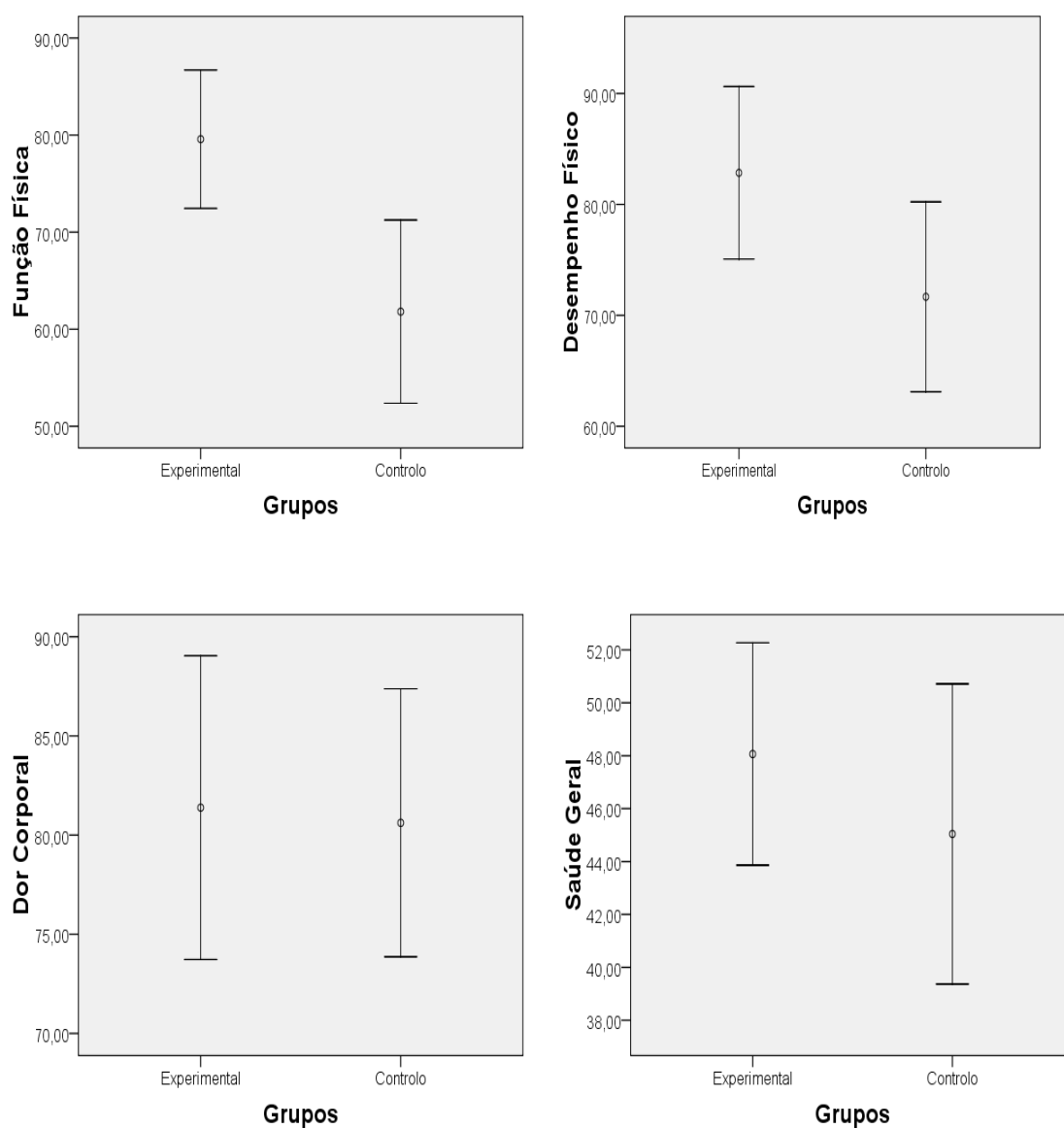
SF-36v2	m +/- dp	md	cv	Amplitude (Mín. – Máx.)
Função Física	70,7 +/- 29,7	80,0	42,0	(0,0-100,0)
Desempenho Físico	77,3 +/- 28,2	93,8	36,6	(0,0-100,0)
Dor Corporal	81,0 +/- 24,5	100,0	30,2	(10,0-100,0)
Saúde Geral	46,6 +/- 17,0	45,0	36,5	(0,0-95,0)
Vitalidade	48,1 +/- 20,9	50,0	43,4	(0,0-100,0)
Função Social	69,8 +/- 25,2	75,0	36,1	(12,5-100,0)
Desempenho Emocional	76,6 +/- 30,9	100,0	40,4	(0,0-100,0)

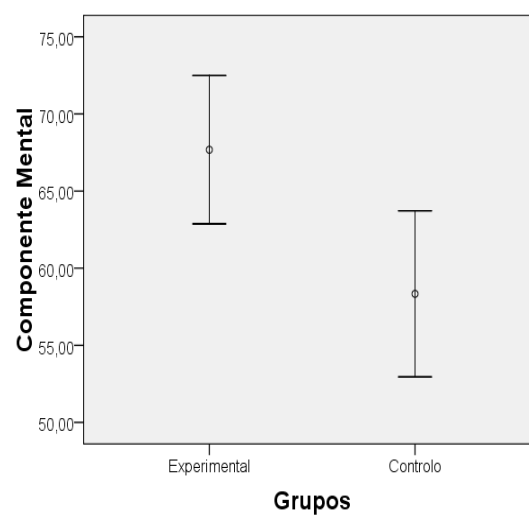
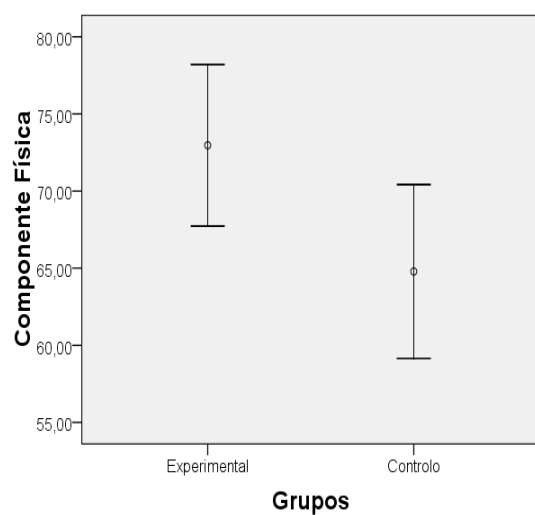
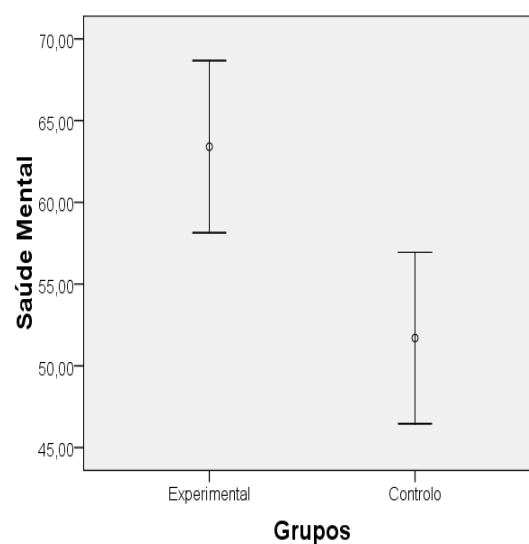
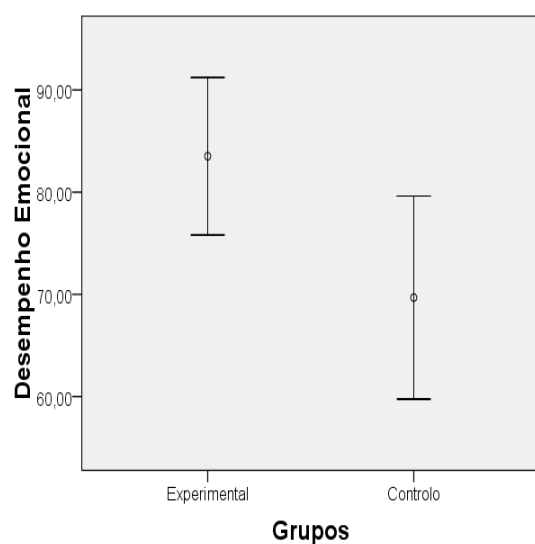
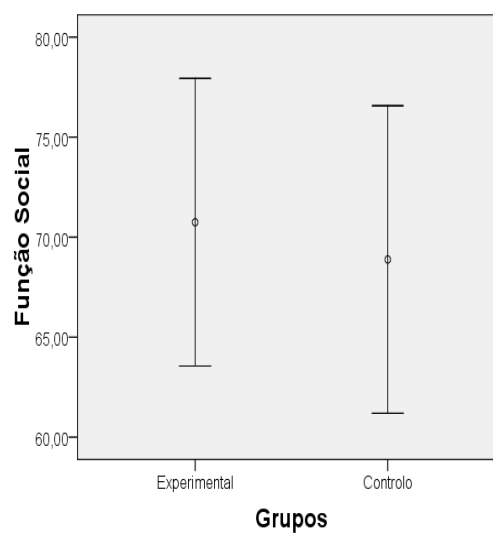
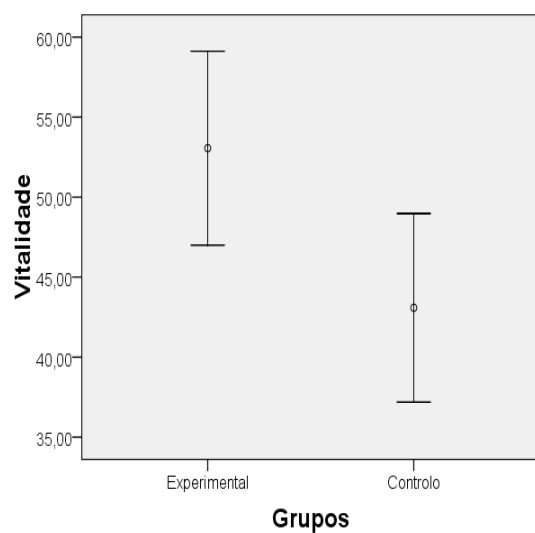
Saúde Mental	57,6 +/-18,7	55,0	32,6	(5,0-95,0)
Componente Física	68,9 +/- 18,9	74,5	27,4	(22,8-98,8)
Componente Mental	63,0 +/- 17,9	64,1	28,4	(18,1-91,3)

m: média; **md:** mediana; **dp:** desvio padrão; **cv:** coeficiente de variação; **Min.:** mínimo; **Máx.:** Máximo

Fazendo a análise comparativa entre os indivíduos do grupo experimental e do grupo controle através da análise dos gráficos, verificamos a existência de algumas diferenças na QV percebida pelos indivíduos dos dois grupos. Em geral o valor da QV percebida pelos indivíduos do grupo experimental é superior ao valor da QV percebida pelos indivíduos do grupo controle encontrando-se diferenças significativas para a maioria das dimensões, bem como, nas duas componentes (Física e Mental).

Ilustração 1 - Representação gráfica dos resultados da escala SF-36v2





A análise de resultados após a aplicação do teste t de Student, para as duas amostras, evidenciou a existência de diferenças estatisticamente significativas dos valores médios em algumas

dimensões da escala entre os dois grupos (Quadro 11). Nomeadamente nas dimensões Função Física ($p=0,01$), Vitalidade ($p=0,02$), Desempenho Emocional ($p=0,03$) e Saúde Mental ($p=0,04$) bem como nas Componentes (Física e Mental) ($p=0,00$) sendo que o grupo experimental apresenta valores superiores. Na dimensão Desempenho Físico dado o valor de teste ser próximo de 0,05 poderemos indagar também a existência de diferenças nos valores médios. Somente nas dimensões Dor Corporal, Saúde Geral e Função Social é que não poderemos supor a existência diferenças estatisticamente significativas para os valores médios de QV entre os dois grupos.

Quadro 11 – Comparação dos valores médios de percepção de qualidade de vida

SF 36 V2	GE (n = 47)	GC (n = 47)	gl	t	p
	m +/- dp	m +/- dp			
Função Física	79,6 +/- 2,4	61,8 +/- 3,2	85,6	3	0,01
Desempenho Físico	82,8 +/- 2,6	71,7 +/- 2,9	92	1,9	0,06
Dor Corporal	81,4 +/- 2,6	80,6 +/- 2,3	92	0,2	0,88
Saúde Geral	48,1 +/- 1,4	45,0 +/- 1,9	92	0,9	0,39
Vitalidade	53,1 +/- 2,1	43,1 +/- 2,0	92	2,4	0,02
Função Social	70,7 +/- 2,4	68,9 +/- 2,6	92	0,4	0,72
Desempenho Emocional	83,5 +/- 2,6	69,7 +/- 3,4	92	2,2	0,03
Saúde Mental	63,4 +/- 1,8	51,7 +/- 1,8	92	3,2	0,00
Componente Física	73,0 +/- 17,8	64,8 +/- 19,2	92	2,1	0,04
Componente Mental	67,7 +/- 16,4	58,3 +/- 18,3	86,7	2,6	0,00

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **gl:** grau de liberdade; **n:** frequência absoluta; **m:** média relativa; **dp:** desvio padrão; **t:** teste t-student; **p:** valor prova

2.4. Suporte Social

No sentido de descrever a avaliação subjetiva de SS por parte dos indivíduos que constituem a amostra estudada, são apresentados os resultados da estatística descritiva obtidos para os três fatores mais a nota global da Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (Quadro 12). É de sublinhar que os resultados da aplicação deste instrumento de avaliação variam numa escala de 6 a 30 no fator 1 que traduz o apoio informativo; de 5 a 25 no fator 2 e 3 que traduzem respetivamente o apoio emocional e o apoio instrumental e de 16 a 80 na nota global da escala, sendo que os valores mais elevados correspondem a um maior SS percecionado. Pela análise dos resultados do quadro 12 podemos verificar que os valores de SS percecionado são mais elevados no fator do Apoio Informativo e mais baixos no fator do Apoio Emocional.

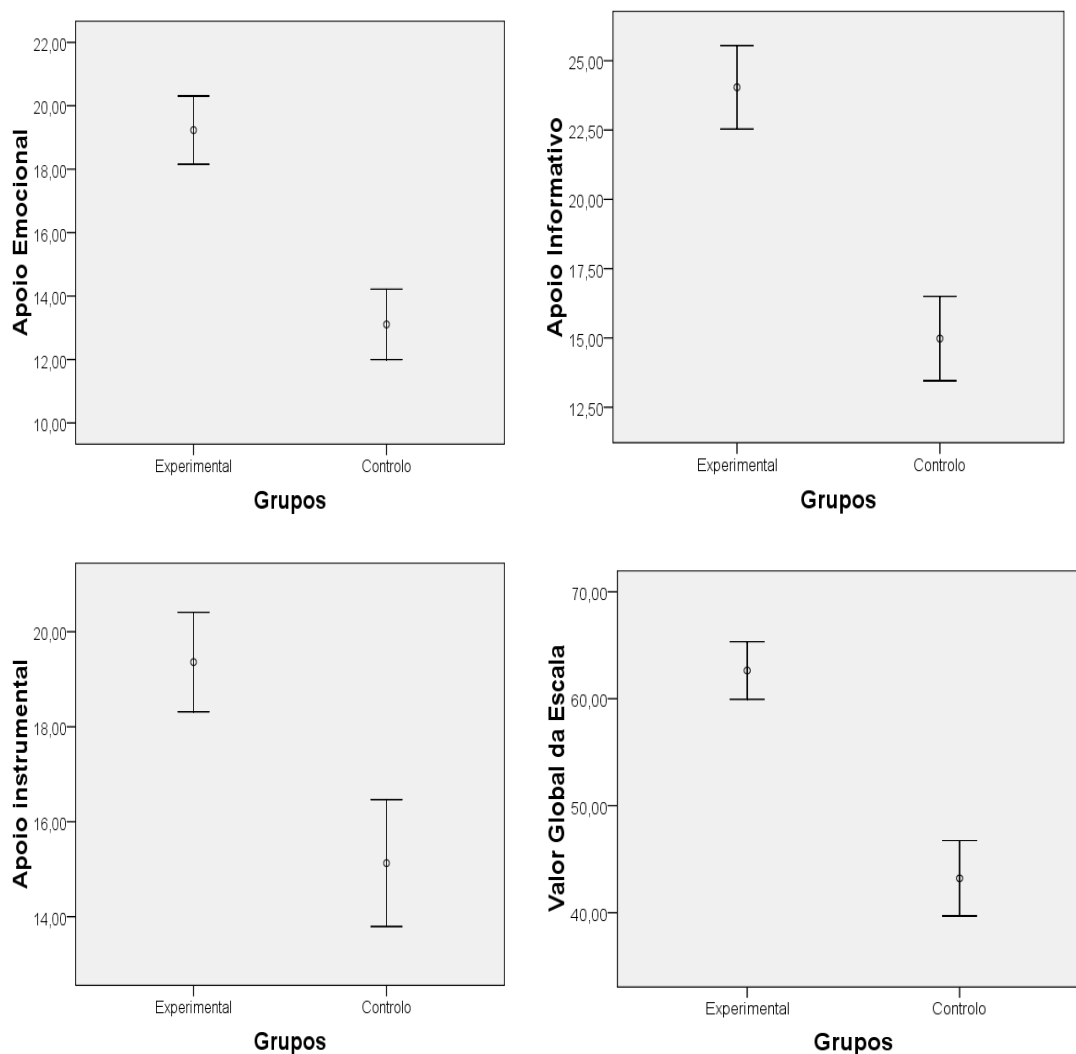
Quadro 12 – Resultados da avaliação da percepção do suporte social

Apoio Social Matos & Ferreira	m +/- dp	md	cv	Amplitude (Min -Máx)
Apoio Informativo	19,5 +/- 6,9	20,0	35,1	(6,0-30,0)
Apoio Emocional	16,2 +/- 4,8	16,0	29,8	(6,0-25,0)
Apoio Instrumental	17,2 +/- 4,6	18,0	26,6	(5,0-25,0)
Escala Global	52,9 +/- 14,4	56,5	27,3	(17,0-75,0)

m: média; **dp:** desvio padrão; **md:** mediana; **cv:** coeficiente de variação; **Min.:** mínimo; **Máx.:** Máximo

Fazendo a análise comparativa, entre os indivíduos do grupo experimental e do grupo controlo, verificamos a existência de diferenças significativas no SS percecionado pelos indivíduos dos dois grupos. Em geral o valor do SS percecionado pelos indivíduos do grupo experimental é superior ao valor do SS percecionado pelos indivíduos do grupo controlo na totalidade dos fatores (informativo, emocional e instrumental), bem como, para o valor global da escala.

Ilustração 2 - Representação gráfica dos resultados da Escala de Suporte Social



A análise de resultados após a aplicação do teste t de Student, para as duas amostras, evidenciou a existência de diferenças estatisticamente significativas dos valores médios, em todos os fatores da escala de SS entre os dois grupos, nomeadamente: no Fator Apoio Informativo ($p=0,00$), Fator Apoio Emocional ($p=0,00$), Fator Apoio Instrumental ($p=0,00$) e o Valor Global da Escala ($p=0,00$). Podemos ainda observar que no grupo experimental os participantes referem melhor percepção de SS no fator Apoio Informativo, enquanto no grupo controlo os indivíduos referem, em geral, melhor percepção de SS no fator Apoio Instrumental. Em ambos os grupos a pior percepção de SS está associada ao fator Apoio Emocional (Quadro 13).

Quadro 13 – Comparação dos valores médios de percepção de suporte social

Apoio Social Matos e Ferreira	GE (n = 47)	GC (n = 47)	gl	t	p
	m +/- dp	m +/- dp			
Apoio Informativo	24,0 +/- 5,1	15,0 +/- 5,2	92,0	8,5	0,00
Apoio Emocional	19,2 +/- 3,7	13,1 +/- 3,8	92,0	8,0	0,00
Apoio Instrumental	19,4 +/- 3,6	15,1 +/- 4,6	87,0	5,0	0,00
Escala Global	62,6 +/- 9,2	43,2 +/- 12,0	86,0	8,8	0,00

GE: grupo experimental; **GC:** grupo controlo; **gl:** grau de liberdade; **n:** frequência absoluta; **m:** média relativa; **dp:** desvio padrão; **t:** teste t-student; **p:** valor prova

2.5. Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Qualidade de Vida

▪ Idade

A idade apresenta-se inversamente correlacionada (ró de Spearman) com algumas das dimensões de QV nomeadamente: Função Física ($p=0,00$), Desempenho Físico ($p=0,02$) e Vitalidade ($p=0,02$). Pelos resultados apresentados no Quadro 14 apuramos uma associação moderada entre a idade e a dimensão Função Física ($r=-0,4$) e uma relação fraca com as dimensões Desempenho Físico ($r=-0,2$) e Vitalidade ($r=-0,2$). Quando se consideram as duas Componentes, verifica-se que existe correlação negativa e significativa entre a idade e a Componente Física ($p=0$ e $r=-0,4$).

Quadro 14 – Relação entre as variáveis idade e qualidade de vida

SF 36 v2 Idade (anos)	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM	CF	CM
r	-0,4	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,0	-0,1	-0,1	-0,4	-0,1
p	0,00	0,02	0,06	0,11	0,02	0,84	0,25	0,33	0,00	0,22

FF: função física; **DF:** desempenho físico; **DC:** dor corporal; **SG:** saúde geral; **VT:** vitalidade; **FS:** função social; **DE:** desempenho emocional; **SM:** saúde mental; **CF:** componente física; **CM:** componente mental; **r:** coeficiente de correlação ró de Spearman; **p:** valor prova.

▪ Estado civil

Quando fazemos a comparação de distribuições das diferentes dimensões de QV para os indivíduos casados *versus* não casados (solteiros ou divorciados), pela aplicação do teste Mann Whitney (Quadro 15), verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas na distribuição de duas dimensões que são a Função Física ($p=0,03$) e a Saúde Geral ($p=0,04$). Pelos resultados poderemos aferir que os indivíduos não casados apresentam melhor percepção de QV nas duas dimensões indicadas. Nas restantes, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nem na distribuição das dimensões, nem na distribuição das componentes (Física e Mental).

Quadro 15 – Relação entre as variáveis estado civil e qualidade de vida

Estado civil	Casado (n = 8)		Não casado (n = 86)		z	p
SF 36v2	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias		
Função Física	49,4 +/- 32,0	28,3	72,7 +/- 28,9	49,3	-2,1	0,03
Desempenho Físico	67,2 +/- 32,7	38,3	78,2 +/- 27,8	48,4	-1,1	0,29
Dor Corporal	68,1 +/- 25,6	33,1	82,2 +/- 24,2	48,8	-1,7	0,09
Saúde Geral	33,0 +/- 19,8	28,7	47,8 +/- 16,3	49,3	-2,0	0,04
Vitalidade	37,5 +/- 21,1	35,2	49,1 +/- 20,7	48,7	-1,3	0,18
Função Social	68,8 +/- 24,1	44,9	69,9 +/- 25,5	47,7	-0,3	0,78
Desempenho Emocional	56,3 +/- 43,4	34,5	78,5 +/- 29,1	48,7	-1,5	0,12
Saúde Mental	51,3 +/- 30,7	42,1	58,1 +/- 17,4	48,0	-0,6	0,56
Componente Física	54,4 +/- 24,5	32,3	70,2 +/- 17,9	48,9	- 0,8	0,10
Componente Mental	53,4 +/- 26,7	40,1	63,9 +/- 16,8	48,2	- 0,6	0,42

n: frequência absoluta; m: média relativa; dp: desvio padrão; z: teste Mann Whitney; p: valor prova

▪ Habilitações literárias

No que respeita à análise efetuada para as habilitações literárias (Quadro 16), pela comparação dos resultados de percepção de QV, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, tendo em conta três níveis de habilitações literárias (nível inferior – até quatro anos de escolaridade; nível médio – ensino básico, unificado e secundário e nível superior – licenciatura ou bacharelato), foi

constatada a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas distribuições das variáveis exceto na distribuição da dimensão Vitalidade ($p=0,02$) onde podemos verificar valores mais elevados de QV nos indivíduos com habilitações literárias superiores.

Quadro 16 – Relação entre as variáveis habilitações literárias e a qualidade de vida

Habilitações Literárias	Nível Inferior (n=41)		Nível Médio (n=43)		Nível Superior (n=10)		χ^2	p
SF 36v2	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias	gl=2	
Função Física	66,5 +/- 28,0	43,1	76,2 +/- 29,8	53,0	64,5 +/- 34,8	42,1	3,3	0,19
Desempenho Físico	72,0 +/- 30,3	42,7	82,8 +/- 25,6	52,9	75,0 +/- 28,4	44,0	3,6	0,17
Dor Corporal	77,9 +/- 24,9	44,0	85,1 +/- 22,5	51,7	76,1 +/- 30,3	43,7	2,3	0,32
Saúde Geral	42,1 +/- 14,8	41,3	49,9 +/- 18,3	51,9	50,3 +/- 16,6	53,9	3,8	0,15
Vitalidade	40,7 +/- 19,7	38,7	53,6 +/- 20,7	53,7	54,4 +/- 18,4	56,8	7,8	0,02
Função Social	67,7 +/- 27,4	45,9	72,4 +/- 24,3	50,0	67,5 +/- 20,6	43,0	0,8	0,67
Desempenho Emocional	72,2 +/- 34,6	44,6	82,2 +/- 26,6	51,7	70,8 +/- 31,0	41,2	2,4	0,30
Saúde Mental	57,9 +/- 20,2	49,2	56,2 +/- 18,6	44,3	62,0 +/- 13,2	54,4	1,4	0,49
Componente Física	64,6 +/- 19,2	40,9	73,5 +/- 17,9	54,5	66,5 +/- 19,1	44,2	5,4	0,07
Componente Mental	59,6 +/- 19,5	43,9	66,1 +/- 16,2	51,3	63,7 +/- 17,5	46,2	1,6	0,46

gl: grau de liberdade; n: frequência absoluta; m: média relativa; dp: desvio padrão; χ^2 : teste Kruskal-Wallis; p: valor prova

2.6. Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Suporte Social

▪ Idade

No Quadro 17 podemos verificar que a idade apresenta-se negativamente correlacionada (ró de Spearman) com o Apoio informativo e com o valor Global da escala de SS ($p<0,05$), no entanto, a intensidade da relação é fraca ($r=-0,2$).

Quadro 17 – Relação entre as variáveis idade e suporte social

Apoio Social Matos & Ferreira Idade (anos)	Apoio informativo	Apoio emocional	Apoio instrumental	Global
r	-0,2	-0,2	-0,1	-0,2
p	0,05	0,05	0,28	0,05

r: coeficiente de correlação Ró de Spearman; p: valor prova.

▪ Estado civil

Quando comparamos os resultados obtidos para os diferentes fatores do SS nos indivíduos casados *versus* indivíduos não casados (solteiros ou divorciados), aplicando o teste de Mann Whitney verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) na distribuição de nenhum fator nem na distribuição do valor global da escala (Quadro 18).

Quadro 18 – Relação entre as variáveis estado civil e suporte social

Estado Civil	Casado (n = 86)		Não casado (n = 8)		z	p
Apoio Social	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias		
Apoio Informativo	19,9 +/- 7,8	48,4	19,5 +/- 6,8	47,4	-0,1	0,92
Apoio Emocional	15,3 +/- 5,3	42,8	16,3 +/- 4,8	47,9	-0,5	0,61
Apoio Instrumental	16,1 +/- 4,0	39,2	17,3 +/- 4,6	48,3	-0,9	0,37
Escala Global	51,3 +/- 15,6	44,2	53,1 +/- 14,4	47,8	-0,4	0,72

n: frequência absoluta; m: média relativa; dp: desvio padrão; z: teste Mann Whitney; p: valor prova

▪ Habilitações literárias

De igual forma na análise efetuada para as habilitações literárias, pela comparação dos resultados de percepção de QV aplicando o teste Kruskal-Wallis, tendo em conta os três níveis de habilitações literárias já referidos, não foi possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados ($p>0,05$) (Quadro 19).

Quadro 19 – Relação entre as variáveis habilitações literárias e suporte social

Habilitações Literárias	Nível Inferior (n=41)		Nível Médio (n=43)		Nível Superior (n=10)		X ²	p
Apoio Social	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias	gl=2	
Apoio Informativo	18,7 +/- 7,4	44,8	20,1 +/- 5,9	49,4	20,1 +/- 8,6	50,7	0,8	0,69
Apoio Emocional	15,9 +/- 5,1	46,0	16,3 +/- 4,2	48,3	16,5 +/- 6,3	50,0	0,2	0,89
Apoio Instrumental	16,6 +/- 4,5	43,7	17,9 +/- 4,6	50,9	17,1 +/- 4,9	48,3	1,5	0,48
Escala Global	51,2 +/- 15,1	44,5	54,3 +/- 13,2	49,9	53,7 +/- 17,5	49,5	0,9	0,64

gl: grau de liberdade; n: frequência absoluta; m: média; dp: desvio padrão; X²: teste Kruskal-Wallis; p: valor prova

2.7. Relação entre Variáveis Clínicas e Qualidade de Vida

▪ Diagnóstico

No que diz respeito ao diagnóstico, quando comparamos os resultados obtidos, aplicando o teste de Mann Whitney para as diferentes dimensões do QV nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia *versus* indivíduos com outro diagnóstico (Quadro 20), verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas distribuições das diferentes dimensões e componentes da escala de avaliação exceto na distribuição da dimensão Função Física ($p=0,01$) na qual parece existir melhor percepção de QV nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.

Quadro 20 – Relação entre as variáveis diagnóstico e qualidade de vida

Diagnóstico	Esquizofrenia (n = 68)		Outros diagnósticos (n = 26)		Z	p
	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias		
Função Física	75,1 +/- 28,7	51,9	59,0 +/- 29,7	35,9	-2,6	0,01
Desempenho Físico	79,5 +/- 27,8	49,6	71,4 +/- 28,2	42,1	-1,3	0,21
Dor Corporal	81,5 +/- 25,5	48,7	79,8 +/- 17,0	44,5	-0,7	0,47
Saúde Geral	46,9 +/- 18,1	48,0	45,7 +/- 17,0	46,1	-0,3	0,76
Vitalidade	47,7 +/- 22,1	47,2	49,0 +/- 20,9	48,3	-0,2	0,85
Função Social	68,8 +/- 24,8	46,1	72,6 +/- 25,2	51,3	-0,8	0,40
Desempenho Emocional	75,2 +/- 31,0	46,0	80,1 +/- 30,9	51,3	-0,9	0,36
Saúde Mental	55,6 +/- 19,1	44,9	62,7 +/- 18,7	54,3	-1,5	0,13
Componente Física	70,7 +/- 19,2	50,6	64,0 +/- 18,9	39,4	-1,8	0,07
Componente Mental	61,8 +/- 18,5	45,7	66,1 +/- 17,9	52,1	-1,0	0,31

n: frequência absoluta; m: média relativa; dp: desvio padrão; z: teste Mann Whitney; p: valor prova

▪ Anos de internamento

No Quadro 21, podemos verificar que os anos de internamento não se demonstraram relacionados com a percepção de QV dado que os valores da aplicação do teste ρ de Spearman não permitem inferir correlação ($p>0.05$).

Quadro 21 – Relação entre as variáveis anos de internamento e qualidade de vida

SF 36v2 Anos de internamento	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM	CF	CM
r	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0
p	0,19	0,49	0,36	0,88	0,38	0,39	0,92	0,90	0,18	0,63

FF: função física; **DF:** desempenho físico; **DC:** dor corporal; **SG:** saúde geral; **VT:** vitalidade; **FS:** função social; **DE:** desempenho emocional; **SM:** saúde mental; **CF:** componente física; **CM:** componente mental; **r:** coeficiente de correlação Ró de Spearman; **p:** valor prova.

2.8. Relação entre Variáveis Clínicas e Suporte Social

▪ Diagnóstico

Pela comparação dos resultados para os diferentes fatores do SS nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia *versus* indivíduos com outro diagnóstico (Quadro 22), aplicando o teste de Mann Whitney, apuramos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na distribuição todos os fatores, incluindo do valor global da escala.

Quadro 22 – Relação entre as variáveis diagnóstico e suporte social

Diagnóstico	Esquizofrenia (n = 68)		Outros diagnósticos (n = 26)		z	p
Apoio Social Matos e Ferreira	m +/- dp	Ordem de Médias	m +/- dp	Ordem de Médias		
Apoio Informativo	18,8 +/- 7,0	44,6	21,4 +/- 6,2	55,0	-1,6	0,10
Apoio Emocional	15,7 +/- 5,0	45,0	17,3 +/- 4,2	54,0	-1,4	0,15
Apoio Instrumental	17,0 +/- 4,6	46,0	17,9 +/- 4,7	51,4	-0,9	0,39
Escala Global	51,5 +/- 14,8	44,7	56,6 +/- 13,0	54,7	-1,6	0,11

n: frequência absoluta; **m:** média relativa; **dp:** desvio padrão; **z:** teste Mann Whitney; **p:** valor prova

▪ Anos de internamento

Os anos de internamento não se demonstraram relacionados com a percepção de SS quando aplicamos o teste de correlação Ró de Spearman (Quadro 23).

Quadro 23 – Relação entre as variáveis anos de internamento e suporte social

Apoio Social Matos e Ferreira VS Anos de internamento	Apoio informativo	Apoio emocional	Apoio instrumental	Global
r	0,0	-0,1	0,0	0,0
p	0,94	0,60	0,68	0,73

r: coeficiente de correlação Ró de Spearman; **p:** valor prova.

2.9. Relação entre Suporte Social e Qualidade de Vida

Os dados da correlação entre a percepção de SS e a percepção de QV são apresentados no Quadro 24. Os fatores da escala de SS apresentam-se positivamente correlacionados com algumas dimensões da escala de QV nomeadamente: Função Física, Desempenho Físico, Vitalidade, Desempenho Emocional e Saúde Mental. No entanto, os valores de correlação encontrados indicam-nos uma correlação fraca (r menor que 0,3) exceto para as dimensões Vitalidade e Saúde Mental nas quais a correlação é moderada (r maior que 0,3 mas menor que 0,5). Assim podemos afirmar que a dimensão Função Física apresenta uma correlação positiva e fraca com todos os fatores de SS sendo que com o fator Apoio Informativo ($p=0,01$ e $r=0,28$), com o fator Apoio Emocional ($p=0,02$ e $r=0,24$), com o Fator Apoio Instrumental ($p=0,03$ e $r=0,22$) e com o valor global da escala ($p=0,00$ e $r=0,30$); a dimensão Desempenho Físico apresenta uma correlação positiva e fraca com todos os fatores de SS, com o fator Apoio Informativo ($p=0,04$ e $r=0,22$), com o fator Apoio Emocional ($p=0,03$ e $r=0,22$), com o fator Apoio Instrumental ($p=0,03$ e $r=0,22$) e com o valor global da escala ($p=0,01$ e $r=0,26$); as dimensões Dor Corporal, Saúde Geral e Função Social não apresentam correlação com nenhum dos fatores de SS nem com o valor global da escala; a dimensão Vitalidade apresenta uma correlação positiva moderada com todos os fatores de SS sendo que com o fator Apoio Informativo ($p=0,00$ e $r=0,38$), com o fator Apoio Emocional ($p=0,00$ e $r=0,37$), com o Fator Apoio Instrumental ($p=0,00$ e $r=0,37$) e com o valor global da escala ($p=0,00$ e $r=0,43$); a dimensão Desempenho Emocional apresenta uma correlação positiva e fraca com o fator Apoio Informativo ($p=0,04$ e $r=0,22$), com o fator Apoio Emocional ($p=0,00$ e $r=0,30$) e com o valor global da escala ($p=0,01$ e $r=0,28$) não apresenta correlação com o fator Apoio Instrumental ($p=0,06$); a dimensão Saúde Mental apresenta uma correlação positiva moderada com todos os fatores de SS sendo que com o fator Apoio Informativo ($p=0,00$ e $r=0,35$), com o fator Apoio Emocional ($p=0,00$ e $r=0,42$), com o fator Apoio Instrumental ($p=0,00$ e $r=0,31$) e com o valor global da escala ($p=0,00$ e $r=0,41$). Podemos ainda verificar que a associação dos fatores da escala de SS com a componente física ($r<0,3$) representa uma correlação positiva e fraca enquanto a correlação com a Componente Mental traduz uma correlação positiva moderada ($r>0,3$).

Quadro 24 – Relação entre as variáveis suporte social e qualidade de vida

Suporte Social	Apoio Informativo		Apoio Emocional		Apoio Instrumental		Escala Global	
Qualidade de Vida	r	p	r	p	r	p	r	p
Função Física	0,28	0,01	0,24	0,02	0,22	0,03	0,30	0,00
Desempenho Físico	0,22	0,04	0,22	0,03	0,22	0,03	0,26	0,01
Dor Corporal	0,09	0,39	0,29	0,29	0,01	0,89	0,08	0,44

Saúde Geral	0,08	0,44	0,10	0,36	0,10	0,35	0,12	0,27
Vitalidade	0,38	0,00	0,37	0,00	0,37	0,00	0,43	0,00
Função Social	0,14	0,19	0,14	0,17	0,16	0,14	0,17	0,11
Desempenho Emocional	0,22	0,04	0,30	0,00	0,19	0,06	0,28	0,01
Saúde Mental	0,35	0,00	0,42	0,00	0,31	0,00	0,41	0,00
Componente Física	0,25	0,02	0,23	0,03	0,18	0,09	0,26	0,01
Componente Mental	0,32	0,00	0,37	0,00	0,31	0,00	0,39	0,00

r: coeficiente de correlação Rô de Spearman; p: valor prova.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo discutem-se os aspetos que se evidenciaram da análise dos resultados apresentados no capítulo anterior, tendo em conta os objetivos estabelecidos e as hipóteses formuladas. São ainda discutidas algumas questões metodológicas e algumas limitações inerentes ao desenvolvimento do estudo.

Os resultados obtidos, que são de seguida discutidos, deverão ser analisados com prudência, tendo em conta o processo de seleção dos participantes para o estudo e a inexistência de equivalência nos grupos de indivíduos (grupo experimental e grupo controlo) que fizeram parte do mesmo, situação já descrita na metodologia aquando da fundamentação da escolha do tipo de estudo com a explanação das suas limitações.

No que respeita à percepção de QV, após análise dos resultados encontrados, podemos inferir que a amostra estudada apresenta uma melhor percepção de QV nas dimensões Dor Corporal, Desempenho Emocional, Desempenho Físico e Função Física e uma pior percepção de QV nas dimensões Saúde Geral, Vitalidade, Saúde Mental e Função Social, como consequência, podemos conferir, em geral, uma pior percepção de QV na Componente Mental em relação à Componente Física. Tais resultados justificam-se, dado o elevado comprometimento que a maior parte destes indivíduos apresenta não só a nível psicológico (possuem doença mental crónica) e como também a nível do relacionamento social e interpessoal (encontram-se institucionalizados há vários anos) os quais acarretam influência negativa sobre a Componente Mental avaliada. Sem ter explicitado a Componente Mental especificamente, Serra et al. (2010), num estudo no qual avaliou a percepção subjetiva de QV, em doentes esquizofrénicos, destacou que doentes internados há longos anos num hospital psiquiátrico são aqueles que revelam uma pior percepção de QV, apesar de terem alojamento, receberem medicação e terem contacto com enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Em relação à percepção de SS podemos constatar que os participantes no estudo apresentam, em geral, uma percepção de SS mais elevada no que respeita ao Apoio Informativo e ao Apoio Instrumental. Dado termos apurado na pesquisa bibliográfica (Moxley, 1988) que à medida que a integração social diminui, os indivíduos internados tendem a identificar nos profissionais a capacidade de lhes facultar SS, é com naturalidade que observamos tais resultados, dado que pudemos conferir que a maior parte dos participantes no estudo estão internados há mais de 5 anos, ou seja a sua integração comunitária é diminuída, sendo que a grande maioria recebe visitas somente mensalmente ou com uma periodicidade anual, dado que indica a diminuição da sua rede de suporte familiar. Neste contexto, o apoio fornecido pelos profissionais da Instituição constitui-se como indispensável e os resultados encontrados confirmam a noção de que estes profissionais efetivamente asseguram o SS que os indivíduos internados necessitam dada a boa percepção que os resultados obtidos nos demonstram.

Considerando as características sociodemográficas da amostra de indivíduos do sexo masculino, poderemos confirmar que à idade avançada da maior parte dos participantes, se associa ainda uma alta prevalência do estado civil solteiro e do baixo nível de escolaridade. De acrescentar que

a maioria dos participantes apresenta diagnóstico de Esquizofrenia e um logo tempo de internamento na Instituição como caraterísticas clínicas.

Neste contexto, seria de esperar a interferência destas variáveis na percepção de QV dos indivíduos, pois a investigação efetuada por outros autores permite verificar tais influências. A título de exemplo, num estudo da QV em pacientes com esquizofrenia institucionalizados, Santana, Chianca, e Cardoso (2009), observaram que em todos os domínios de QV, inclusive o global, estes indivíduos apresentavam valores compatíveis com uma QV muito baixa. O domínio ocupacional apresentou-se como o mais comprometido. Notaram ainda que, uma maior duração da doença e ter idade superior a 40 anos, eram as variáveis associadas a uma mais baixa QV. Concluíram assim neste estudo se evidenciava uma baixa QV nos pacientes em regime fechado. Num sentido idêntico, Cardoso et al. (2005), num estudo que, teve como principal objetivo investigar as variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas com uma baixa QV, em pessoas com doença mental crónica, apontaram que um pior nível de QV estava associado ao sexo masculino, ser solteiro, ter rendimentos e escolaridade baixos, estar medicado com três ou mais medicamentos, ter apresentado agitação psicomotora na entrevista e estar acompanhado em ambulatório. Também, Caron, Mercier, Diaz, e Martin (2005), levaram a cabo um estudo para apurar as relações estabelecidas entre variáveis sociodemográficas, caraterísticas clínicas e QV de indivíduos com esquizofrenia, e verificaram que as relações entre variáveis sociodemográficas e QV foram encontradas para a idade, o sexo, a escolaridade, a situação de emprego e a condição de vida. Foram ainda descobertas diferenças na QV entre os grupos com diferentes caraterísticas clínicas tais como: diagnóstico, internamento nos últimos 12 meses e idade no primeiro internamento. Concluíram os investigadores que para a compreensão da QV em doentes psicóticos devem ser consideradas as variáveis sócio demográficas, as caraterísticas clínicas e as caraterísticas psicossociais.

Devemos no entanto afirmar que, no estudo realizado, não foi possível confirmar resultados semelhantes, no entanto, ressaltamos que outros autores também não conseguiram concluir a existência de tais relações nomeadamente Souza e Coutinho (2006), numa revisão bibliográfica realizada com o objetivo de descrever a distribuição dos fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam a QV, de indivíduos com esquizofrenia, obtiveram os seguintes resultados: os fatores sociodemográficos, excetuando a renda mensal, não se mostraram associados à QV; alguns estudos encontraram associações entre género, idade, estado civil e escolaridade com a QV; os sintomas depressivos e ansiosos mostraram-se associados a uma pior QV em diversos estudos; observou-se associação similar quanto aos sintomas negativos e positivos da esquizofrenia, mas sem a mesma consistência.

Comparando os resultados obtidos em ambos os grupos (experimental e controlo), no que à percepção de QV diz respeito, observamos diferenças significativas, sendo que os indivíduos em unidades de reabilitação, com programa de reabilitação psicossocial definido, apresentam valores de QV percecionada superiores em todas as dimensões, bem como nas duas componentes da escala SF-36, em relação aos valores de QV percecionados pelos indivíduos das unidades de evolução prolongada. Tais resultados são coincidentes com a bibliografia consultada a qual nos

indica que os programas de reabilitação psicossocial influenciam positivamente a percepção de QV e bem-estar dos indivíduos permitindo maior satisfação com o tratamento (como por exemplo: Stein & Test, 1980; Dickey et al., 1981; Lehman et al., 1986; MacGilp, 1991; Okin & Pearsall, 1993; Henderson et al., 1999; Browne et al., 2000; Vatne & Bjorkly, 2008; e McInerney et al., 2010) e contrariam a exposição de Orley et al. (1998), os quais salientaram que os doentes institucionalizados há vários anos são um exemplo de pessoas que podem ter uma QV aparentemente boa, porque as suas expectativas são baixas, isto é, não podem ser melhores em função daquilo que recebem. Segundo os mesmos autores, tem sido argumentado que, quando os doentes são mudados para a comunidade, o facto diminui a avaliação subjetiva da sua QV.

Devemos, no entanto, ressaltar que tais resultados devem ser analisados com prudência pois como referimos ao longo da revisão bibliográfica existem especificidades nos participantes da amostra que devem ser tidas em conta. Por exemplo no que se refere aos anos de institucionalização, a literatura (Hafner, 1987; Lamb & Peele, 1984; Mechanic, 1991, como citados em Gonçalves, Fagundes, Lovisi, & Lima, 2001), refere-nos efeitos negativos da institucionalização prolongada na percepção de QV dos utentes, partindo da premissa que os indivíduos das unidades de evolução prolongada se encontram internados há mais anos, poderemos inferir uma influência negativa desta variável face aos indivíduos das unidades de reabilitação cujo tempo de internamento é inferior.

Debruçando-nos sobre a comparação dos valores de SS percecionado pelos indivíduos dos diferentes grupos (grupo experimental e grupo controlo) podemos verificar a existência de uma relação positiva entre a existência de programa de reabilitação psicossocial e uma maior percepção de SS dos indivíduos. Este resultado da investigação constitui-se de grande importância dado que a pesquisa bibliográfica efetuada acentuou a importância da percepção do SS elevado no sucesso da integração comunitária em indivíduos com doença mental crónica (Moxley, 1988; Ornelas, 1996). De referir que uma maior percepção de SS verificada nos indivíduos em programa de reabilitação psicossocial poderá estar de certa forma relacionada com o aumento e a melhoria das relações sociais que é incutida pela intervenção efetuada, pois alguns dos estudos consultados nesta temática explicitam a importância do número de contactos sociais e de pessoas com quem o indivíduo mantenha proximidade como forma de obter ajuda efetiva e apoio social (Ramos, 2004, como citado em Marinho, 2010).

No que concerne às hipóteses do estudo, especificamente a hipótese principal, a qual prediz uma influência dos programas de reabilitação psicossocial na percepção de QV e de SS dos indivíduos poderemos afirmar que, a mesma foi verificada pelos resultados dos testes estatísticos aplicados que permitiram inferir diferenças estatisticamente significativas nos valores médios de QV e de SS percecionados pelos indivíduos nos diferentes grupos. Assim poderemos afirmar que o programa de reabilitação psicossocial tem influência na percepção de QV e de SS dos indivíduos com doença mental crónica. Verificamos ainda pela análise dos resultados que essa influência é positiva dado os valores médios de percepção de QV e de SS serem superiores nos indivíduos com programa de reabilitação psicossocial face aos indivíduos sem programa.

Relativamente à segunda hipótese a qual prenuncia a existência de relação entre a percepção de QV e de SS verificamos a sua presença na correlação moderada e positiva entre os fatores da escala de SS e as dimensões da escala de QV demonstrada pela aplicação dos testes estatísticos de correlação. Tais resultados são corroborados por diversas investigações realizadas, nomeadamente por, Silva et al. (2003); Milheiro (2009) e Magalhães (2009), os quais também encontraram relações entre a existência de SS e uma melhor percepção de QV. Dados os objetivos da intervenção em saúde mental incluem a melhoria da QV como um aspeto primordial tais resultados permitem avaliar positivamente a intervenção pois possibilitam inferir que a elevada percepção de Suporte Social nos indivíduos com programa de reabilitação psicossocial definido influenciou positivamente a sua percepção de QV.

Relativamente à terceira hipótese em estudo a qual aludia a uma relação entre algumas variáveis sócio – demográficas e clínicas com as variáveis da percepção de QV e de SS devemos afirmar que a mesma, no geral, não foi confirmada não se podendo, em rigor, deduzir relação entre as variáveis. Ressalvamos, no entanto que foram encontradas relações entre a variável sócio-demográfica idade e a percepção de QV e de SS, verificamos uma associação negativa da idade com algumas dimensões/fatores das escalas de QV (Função Física, Desempenho Físico e Vitalidade) e SS (Apoio Informativo); entre o estado civil e a percepção de QV onde se verificou uma relação entre o estado civil não casado e uma melhor percepção de QV nas dimensões Função Física e Saúde Geral e na variável clínica diagnóstico na qual se verificou uma associação positiva entre o diagnóstico Esquizofrenia e a dimensão Função Física da escala de QV.

Como já referido, no global, os resultados dos testes estatísticos aplicados não permitiram, no entanto, verificar as relações entre a maior parte das variáveis sócio-demográficas e as dimensões da escala de QV, coincidindo assim os resultados encontrados com os da pesquisa efetuada por Souza e Coutinho (2006). Em relação às variáveis clínicas, nomeadamente ao diagnóstico, a inexistência de relação contraria também os estudos efetuados por Caron et al. (2005) e Carvalho et al. (2010) os quais verificaram diferenças na QV percebida entre indivíduos com esquizofrenia e indivíduos com outros diagnósticos sendo que nos indivíduos com esquizofrenia a percepção de QV era mais baixa. Reportando-nos aos anos de internamento também percebemos uma dissonância comparativamente aos estudos realizados por Santana et al. (2009) e Serra et al. (2010), os quais concluíram sobre a existência de pior percepção de QV nos indivíduos institucionalizados há vários anos dados que não foram verificados nesta investigação.

Se nos debruçarmos sobre relação de variáveis sócio demográficas e clínicas com a percepção de SS poderemos afirmar que os dados encontrados também não coincidem com a investigação anteriormente realizada. Como exemplo na variável estado civil, os indivíduos casados normalmente apresentam maiores níveis de suporte (Ornelas, 1994), situação não apurada neste estudo onde não se encontraram diferenças significativas entre indivíduos casados e não casados. Em relação a este aspeto, devemos referir que a maior parte dos indivíduos casados da amostra não apresenta relação de proximidade com o conjugue, situação visível por exemplo pelo baixo ou inexistente número de visitas efetuadas sendo esta uma situação que poderá também justificar a ausência de relação encontrada.

Relativamente à idade, esta é apresentada num estudo desenvolvido por Marinho (2010), como influente na perceção de SS, pois considera que as redes de SS na idade mais avançada reduzem de tamanho. No entanto, neste estudo, não foi possível constatar tal afirmação o que corrobora os resultados encontrados por Amorim (2006). Como já referido, a população em estudo apresenta uma rede social diminuta demonstrada nos resultados pelo número de visitas e visitante, desta forma seria difícil perceber a influência da variável idade dado que os indivíduos mais novos não apresentam, em geral uma rede de SS superior. Relativamente às habilitações literárias, também não foi possível confirmar associação com a perceção de SS nos indivíduos da amostra o que contraria os resultados obtidos por Amorim (2006) a qual concluiu que os grupos mais diferenciados a nível educacional apresentavam maiores níveis de perceção de SS. Também aqui os efeitos da doença mental crónica poderão ter influenciado a relação que o nível educacional poderia ter ao nível do suporte social dado que os participantes apresentam danos cognitivos causados pela doença mental crónica internados e pelos anos internamento.

Devemos referir que à semelhança das variáveis anteriores também nas variáveis clínicas diagnóstico e anos de internamento não foi possível apurar diferenças entre os indivíduos participantes no estudo. Todos estes resultados coincidem, no entanto, com os dados da pesquisa de Brow, Birley e Wings (1972), em pessoas com doença mental crónica, os quais demonstraram que várias variáveis, que normalmente interferem com a perceção de SS, nestes doentes em específico, não eram relevantes, particularmente para os que se encontravam institucionalizados.

Em suma, como resultado de toda a pesquisa efetuada, que permitiu a avaliação do programa de reabilitação psicossocial implementado, poderemos afirmar que a intervenção produz efeitos ao nível da perceção de QV e de SS dos participantes no estudo. Tais efeitos não poderão ser exclusivamente associados ao programa de reabilitação psicossocial dado existirem outras variáveis que não foram controladas na execução do estudo e que poderão ter contribuído para estes resultados, no entanto, ressalvamos a importância dos resultados no planeamento das intervenções, uma vez que o programa revelou um efeito positivo no grupo experimental, no que à perceção de QV e de SS diz respeito, deve ser considerado o alargamento da intervenção a outros pacientes que reúnam competências/capacidades para beneficiarem da mesma.

A existência de relação entre a perceção de SS e a perceção de QV também se constitui como um dado muito relevante na população estudada. A investigação já havia confirmado que será imprescindível investir no SS dos utentes para o sucesso da intervenção comunitária, no entanto, para além deste dado também ficou comprovado que principalmente os utentes nas unidades de reabilitação psicossocial percecionam um elevado SS, e tendo em conta que este será prestado na maioria dos casos pelas equipas técnicas da instituição dado tratarem-se na grande maioria de doentes institucionalizados há alguns anos comprova-se uma boa prática nesta área específica.

A investigação da terceira hipótese apesar de não corroborar a maior parte dos resultados da investigação, vai de encontro ao defendido por Corrigan e Buican (1995), os quais sugerem que a avaliação da QV das pessoas com doença mental crónica requer uma apreciação cuidadosa, que aborde aspetos clínicos, farmacológicos, funcionais, sociais e familiares e estes fatores devem conjugar-se, preferencialmente, com diferentes abordagens terapêuticas.

Após explanação dos resultados e sua discussão, independentemente dos objetivos propostos, surgem limitações e sugestões que devem ser explicitadas neste trabalho.

O tipo de estudo utilizado coloca algumas limitações à validade externa da investigação, no entanto, optou-se por esta metodologia dado que se pretendeu avaliar uma intervenção já implementada no momento de início do estudo. Sendo assim sugere-se que em estudos futuros seja garantido um pré teste antes do início da intervenção que sirva de base à comparação dos resultados obtidos após a implementação do programa. Desta forma poderá ser possível prescindir do grupo de controlo optando-se por um estudo de *follow up* no grupo experimental, que permitirá avaliar os ganhos adquiridos a curto, médio e longo prazo.

Reconhece-se que a metodologia utilizada não obedece a um modelo ideal. Vários constrangimentos levaram à realização de um trabalho transversal e, como qualquer estudo transversal, não permite falar de causalidade/temporalidade ou mecanismos das relações observadas, principalmente no que se refere ao estudo das percepções individuais.

Neste estudo, utilizaram-se escalas de auto-avaliação que traduzem as percepções do próprio com objetividade de registo, removendo, em grande parte, a possibilidade de subjetividade por parte do observador; no entanto, dada a incapacidade de alguns participantes em relação ao preenchimento dos instrumentos preconizados, optou-se pela utilização de entrevista para a aplicação dos referidos instrumentos.

Optou-se por um instrumento genérico de QV, concretamente o SF-36, que continua a ser o instrumento de medida de avaliação de QV mais amplamente usado em investigação, e por outro lado, pelo facto de este ser utilizado, em várias outras situações, na instituição onde decorreu o estudo. No entanto, após a investigação, consideramos que dadas as dificuldades na resposta dos participantes e dada a pouca especificidade do instrumento face a indivíduos com doença mental crónica seria de ponderar a utilização de outros instrumentos de avaliação de QV que pudessem ter maior afinidade para os aspetos psicológicos e sociais que consideramos preponderantes na doença mental crónica.

Atendendo às limitações do estudo e comentários descritos, recomenda-se, na investigação futura: (i) Garantir a equivalência da população em estudo, nomeadamente em relação às características sócio-demográficas e clínicas; (ii) Aumentar a população em estudo para conferir validade externa; (iii) Planear estudos *follow up*, antes do início da intervenção, que permitam estabelecer relações em termos de causalidade em relação aos seguintes fatores: desenvolvimento do programa de reabilitação psicossocial vs melhoria da percepção de Suporte Social vs melhoria da percepção de QV vs sucesso da integração comunitária; e (iv) Associar aspetos de avaliação qualitativa principalmente no que respeita à percepção de QV que parecem muito pertinentes dadas as características da população estudada.

CONCLUSÕES

Este trabalho surgiu na necessidade de avaliar um programa implementado cujo objetivo final é a desinstitucionalização de pessoas com doença mental crónica internadas há longos anos. Sabíamos à partida que tal tarefa não é fácil pois, existem inúmeras limitações à avaliação e à investigação em saúde. De todo nos interessava uma perspetiva meramente económica ou financeira que se tornasse indissociável dos aspetos clínicos e dos aspetos subjetivos que se encontram inerentes à maior parte das intervenções em saúde.

Por estes motivos, ponderamos avançar com um estudo de investigação que nos demonstrasse a perspetiva dos beneficiários da intervenção em relação à sua perceção de QV. Cientes ainda da importância do SS na perceção de QV, na saúde mental dos indivíduos e no sucesso da integração comunitária decidimos perceber a sua perceção de SS.

As questões metodológicas associadas às limitações de avaliar um programa já implementado com um grupo de participantes heterogéneo, aumentou as nossas dificuldades em encontrar resultados, no entanto, puderam ser retiradas algumas conclusões.

De um modo geral, os resultados obtidos são melhores para o grupo experimental do que para o grupo controlo no que concerne à perceção de SS e de QV. Estes resultados sugerem que a participação no programa de reabilitação psicossocial tenha surtido um efeito positivo no grupo experimental. Sendo assim, é de recomendar a inclusão deste programa nas intervenções implementadas na Instituição onde decorreu o estudo.

Foi possível verificar uma elevada perceção de SS nos indivíduos da amostra, principalmente no grupo experimental o que nos demonstra a validade do trabalho individualizado que é realizado.

Foi ainda verificado que esta elevada perceção de SS influencia positivamente a perceção de QV o que nos indicia a necessidade de continuar a intervir ao nível do SS prestado aos indivíduos.

Não foi possível inferir, em rigor, relações entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e a perceção de QV e de SS muito embora nos tenhamos apercebido de algumas características da amostra de indivíduos que poderão ter interferido neste resultado.

Neste momento, consideramos que escasseiam os estudos feitos nesta população pelo que o presente estudo vem também, nesse sentido, e na medida em que foi efetuado em ambiente naturalista, particularizar os benefícios da intervenção em contexto institucional, e apontar para o facto de que ela pode contribuir para a melhoria da QV dos indivíduos.

Para além disso, este estudo pode também orientar a investigação para as necessidades e limites da avaliação dos programas desenvolvidos, abrindo caminho a novas perspetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação enquanto procedimento que permite perceber o grau de alcance dos objetivos delineados, para além de possibilitar a melhoria das ações implementadas, torna-se imprescindível aos processos de gestão. Na prática o gestor em saúde deve utilizar esta ferramenta não de uma forma rígida, na busca de resultados, mas sim de uma forma flexível, no planeamento mais eficaz e na melhoria da atividade, buscando a qualidade dos serviços prestados com rigor, tanto do ponto de vista clínico, como do ponto de vista económico-financeiro.

A investigação enquanto atividade de procura e de pesquisa permite muitas vezes um paralelo com esta necessidade de avaliação, pois assume-se como forma de alcançar por intermédio dos padrões de qualidade que permite definir.

Assim poderemos afirmar que a análise de programas e dos seus constituintes à luz de critérios e normas, sejam estes cientificamente estabelecidos ou não, consiste, numa atividade científica, que requer, para a sua execução, rigor metodológico.

Uchimura e Bosi (2002), defendem que, quando se trata de avaliar serviços ou programas deve-se recorrer à utilização de procedimentos que, apoiados no método científico, sirvam para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de forma justificável.

Os mesmos autores definem a pesquisa avaliativa como um procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post facto* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, classificam este processo como capaz de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

No entanto, devemos ressaltar que, a avaliação e a investigação na área da saúde são muito específicas, apresentam-se como imprescindíveis, mas ao mesmo tempo acarretam várias limitações à sua execução. Ribeiro (2005b) afirma que uma das grandes barreiras ao estudo científico na área da saúde é a dificuldade da avaliação.

Com todas as dificuldades metodológicas encontradas na avaliação e na investigação em saúde a apreciação da QV dos indivíduos, com ou sem doença, tem suscitado grande interesse sendo atualmente muito usada, principalmente no mundo ocidental, pois este método de avaliação em saúde é facilmente aceite e de compreensão intuitiva.

Minayo, Hartz e Buss (2000), refere que a inexistência de cura para a maioria das doenças crônicas tem mostrado que a mensuração da qualidade de vida é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento e de custo/benefício, tornando-se numa ferramenta importante para direccionar a distribuição de recursos e a implementação de programas de saúde, os quais, por sua vez, podem privilegiar não só os aspetos físicos, mas também os relacionados com as dimensões psíquicas e sociais, possibilitando à equipe de saúde planejar cuidados integrais.

Neste contexto devemos ainda referir que o SS é considerado vital para a QV e bem estar, quer em indivíduos doentes ou em recuperação, quer em indivíduos saudáveis, e tendo em conta que é essencial para a manutenção de indivíduos com incapacidades integrados na comunidade consideramos imprescindível associá-lo à avaliação de programas de reabilitação cujo objetivo último é a inserção comunitária.

Bibliografia

- Abrunheiro, L. (n.d de Setembro/Outubro de 2007). Qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos doentes transplantados hepáticos. *Revista ser saúde* (7) , pp. 114-126.
- Alves, F. (2001). Saúde/Doença Mental e Sociedade. In F. Alves, *Acção social na área da Saúde Mental* (pp. 21-38). Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, F., & Silva, L. (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *5º Congresso Português de Sociologia - Sociedades contemporâneas: Reflexividade e Acção* (pp. 56-64). Braga: Universidade do Minho.
- Amorim, I., & Coelho, R. (15 de Outubro de 2008). Diabetes Mellitus Tipo 2 e Sintomas Psicopatológicos. *psicologia, Saúde & Doenças* 9 (2) , pp. 319-333.
- Amorin, M. (2006). *Para lá dos números ... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com Diabetes Mellitus Tipo 2 Dissertação de doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, ICBAS, 011014021.
- Antunes, C., & Fontaine, A. (2010). Adaptação de uma Escala de Avaliação do Suporte Social-NOS (Network Orientation Scale). *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 15-29). Braga: Universidade do Minho.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (n.d de Julho/Dezembro de 2007). validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 25 (2) , pp. 59-66.
- Association, A. P. (2002). *SAÚDE MENTAL-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed.; J.N. Almeida, Trad.)*. Lisboa: Climepsi e Editores (Obra original publicada, 2000).
- Awad, A., Voruganti, L., & Heslegrave, R. (1997). Measuring Quality of Life in Patients with Schizophrenia. *PharmacoEconomics* 11 (1) , 32-47.
- Bennet, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde (C. Nordeste, Trad.)*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada, 2000).
- Boaz, C., Silva, L., & Argimon, I. (26 de Setembro de 2008). www.psicologia.com.pt. Obtido em 5 de Maio de 2011, de Instrumentos de avaliação cognitiva em idosos na avaliação de demências: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0447.pdf>.
- Brown, G., Birley, L., & Wing, J. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *The British Journal of Psychiatry* (121) , 241-258.
- Browne, S. (1999). Rehabilitation Programmes and Quality of Life in Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry* 45 (4) , 302-309.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J.L., Larkin, C., et al. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (176) , 173-176.
- Camazzato, M., Kochhann, R., Simeoni, c., Konrath, C., Franz, A., et al. (4 de October de 2007). Reliability of the Brazilian Portuguese version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) for

- patients with Alzheimer's disease and their caregivers. *International Psychogeriatrics* 20 (2) , pp. 383-393.
- Canavarro, M. (2010). Qualidade de Vida: Significados e Níveis de Análise. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, C., Caiaffa, W., Bandeira, M., Siqueira, A., Abreu, M., & Fonseca, J. (n.d de Set.-Out. de 2005). Factores associados com a baixa qualidade de vida na esquizofrenia. *Cadernos de Saúde Pública* 21 (5) , pp. 1338-1348.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (6 de July de 2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research* (137) , pp. 203-213.
- Carvalho, A., Ferreira, L., Fonseca, M., Macedo, N., Macedo, T., & Cotovio, V. (n.d de n.d de 2010). Reabilitação Psicossocial e Qualidade de Vida - Da caracterização a dinâmicas. *Hospital Júlio de Matos* (23) , pp. 6-14.
- Cesari, L., & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 59 (4) , 293-301.
- Chamberlim, J. (2005). A defesa dos direitos das pessoas com doença mental. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte, *Participação e Empowerment dsas Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 45-56). Lisboa: AEIPS.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social suport, stress, and the buffering hypotesis; a theorretical analysis. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer, *handbook of Psychology and Health (vol.IV)* (pp. 253-267). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Corrêa, R. (31 de Julho de 2009). Uma proposta de reabilitação neuropsicológica através do programa de enriquecimento instrumental (PEI). *Ciências e Cognição* 14 (2) , pp. 47-58.
- Corrigan, R., & Buican, B. (1995). The Construct Validity of Subjective Quality of Life for the Sereyly Mentally Ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 183 (5) , 281-285.
- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Thompson, S., carusi, D., & Gornbein, J. (n.d de Dec. de 1994). The neuropsychiatric Inventory: comprehensive Assessaúde mentalent of psychopathology in dementia. *The Neuropsychiatric Inventorye* 44 (12) , pp. 2308-2314.
- Cummins, R. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale - School Version (Grades 7-12; ComQoL-S5)*. Melbourne: School of Psychology Deakin University.
- Dantas, R., Sawada, N., & Malerbo, M. (n.d de Julho-Agosto de 2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 11 (4) , pp. 532-538.
- Deegan, P. (1999). Recovery, uma viagem do coração. *Conferência Internacional: novos desafios na pessoa com doença mental* (pp. 64-89). Lisboa: AEIPS.
- Dickey, B., Gudeman, J., Hellman, S., Donatelle, A., & Grinspoon, L. (1981). A Follow-up of Deinstitutionalized Chronic Patients Four Years After Discharge. *Hospital and Community Psychiatry* 32 (5) , 326-330.

- Drummond, M., O'Brien, B., Stoddart, G., & Torrance, G. (1997). *Methods for the economic Evaluation of Health Care Programs* (2ª ed.). New York: Oxford Medical Publication.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998, n.d, n.d). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health* 13 , pp. 527-544.
- Enfermeiros, O. d. (n.d de Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar* , pp. 1-16.
- Esteve, M., & Rocca. (18 de Septiembre de 1997). Calidad de Vida relacionada com la salud: un nuevo parâmetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica* (108) , pp. 458-459.
- Farquhar, M. (1995). Elderly People's Definitions of Quality of Life. *Social Science & Medicine* 41 (10) , 1439-1446.
- Ferreira, M. (2005). *Um Olhar sobre a (d)estigmatização do doente mental*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, Escola de Saúde de Leiria.
- Ferreira, P. (n.d de n.d de 2000a). Criação da versão do MOS SF-36. Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa* (13) , pp. 55-63.
- Ferreira, P. (n.d de n.d de 2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* (13) , pp. 119-127.
- Ferreira, P., & Santana, P. (n.d de Julho/Dezembro de 2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 21 (2) , pp. 15-30.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A Practical Method for grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12 , 189-198.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusodidacta (Obra original publicada, 2006).
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência (obra original publicada 1996).
- Foucault, M. (2005). *História da Loucura* (J.T. Neto, Trad.). São Paulo (Obra original publicada em 1972): Perspectiva.
- Gama, C., Zimmer, M., & Abreu, P. (2008). Abordagens psicossociais para pacientes com esquizofrenia. In A. Cordioli, *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 660-684). Porto Alegre: Artmed.
- Giachello, A. (1996). Health Outcomes Research on Hispanics/Latinos. *Journal of Medical Systems* 20 (5) , 235-254.
- Goffman, E. (2004). *Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ª ed., M. Lambert, Trad.). Rio de Janeiro (Obra original publicada em 1891): LTC.
- Goldberg, D. (1991). Cost Effectiveness in the Treatment of Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin* 17 (3) , 453-460.
- Gonçalves, S., Fagundes, P., Lovisi, G., & Lima, L. (n.d de n.d de 2001). Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciência & Saúde Colectiva* 6 (1) , pp. 105-113.

- Guerra, A. (n.d de Junho de 2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seu possíveis paradigmas. *revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental VII (2)* , pp. 83-96.
- Guerreiro, M., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, C., & Garcia, C. (n.d de n.d de 1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia (1)* , pp. 9-10.
- Hammer, M. (1964). Influence of Saúde mentalall Social Networks as Factors on Mental Hospital Adoença mentalission. *Human Organization 22 (4)* , 243-251.
- Heinemann, A. (2000). Functional Status of Quality-of-Life Measures. *British Library - "The Works knowledge"* , 261-286.
- Heitzmann, C., & Kaplan, R. (1988). Assessaúde mentalent of Methods for measuring Social Support. *Health Psychology 7 (1)* , 75-109.
- Helder, S. (2010). *Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia da Região da Cova da beira. Dissertação de Mestrado* . Covilhã: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais.
- Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall´Agnola, R., & Ruggeri, M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based Vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica (99)* , 188-195.
- Hirdes, A., & Kantorski, L. (2 de Agosto de 2004). Reabilitação psicossocial: objectivos, princípios e valores. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (12)* , pp. 217-221.
- Högberg, T., Magnusson, A., & Lützén, K. (2006). Living By themselves? Psychiatric nurses´view on supported housing for persons with severe and persistent mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing (13)* , 735-741.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª edição)*. Lisboa: Editorial do M.E.C. - Algueirão.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985, n.d, n.d). Social Factors in Psychopatology: Stress, Social Support, and Coping Process. *Annual Review of Psychology (36)* , pp. 331-372.
- Korkeila, J., Tuomi-Nikula, A., Gissler, M., Wahlbeck, K., Lehtinen, V., & Lavikainen, J. (2006). Introduction. In J. Laikainen, T. Fryers, & V. Lehtinen, *Improving Mental Healht Information in Europe* (pp. 11-21). Helsinki: Stakes.
- Krabbendam, I., & Aleman, A. (2003, January 23). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology (169)* , pp. 376-382.
- Lange, R., Hopp, G., & Kang, N. (2004). Características psicométricas y estructura del Inventario Neuropsiquiátrico versión para clínicas de reposo en una población neuropsiquiátrica anciana. *International Journal of Geriatric Psychiatry 19 (5)* , 440-448.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (2000). *Public Healht Approach on Mental Health in Europe*. Saarijärvi: Stakes.
- Leff, J., Dayson, D., Gooch, C., Thornicroft, G., & Wills, W. (1996). Quality of Life of Long-Stay Patients Discharged from Two Psychiatric Institutions. *Psychiatric Services 47 (1)* , 62-67.

- Lehman, A., Possidente, S., & Hawker, F. (1986). The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community Residences. *Hospital and Community Psychiatry* 37 (9) , 901-907.
- Lehman, A., Ward, N., & Linn, L. (1982). Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. *American Journal of Psychiatry* 139 (10) , 1271-1276.
- Lehtinen, V., Ozamiz, Underwood, L., & Weiss, M. (2005). The Intrinsic Value of Mental Health. In W. H. Organization, *Promoting Mental Health. Concepts - Emerging Evidence - Practice* (pp. 46-58). Geneva: World Health Organization.
- Leitão, O., & Nina, A. (2007). Inventário Neuropsiquiátrico (INP). In A. Mendonça, & M. Guerreiro, *Escala e Testes na Demência (2ª ed.)* (pp. 73-92). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Lieberman, R. (1993). *Rehabilitación integral der enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lourenço, R., & Veras, R. (24 de Fevereiro de 2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública* 40 (4) , pp. 712-719.
- MacGilp, D. (1991). A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients. *Journal of Advanced Nursing* (16) , 1206-1215.
- Magalhães, M. (2009). Qualidade de Vida em Doentes com Perturbações da Ansiedade: Um estudo com Doentes com Perturbações Obsessivo Compulsiva, Fobia Social e Perturbação de Pânico. *IV Congresso de Saúde e Qualidade de Vida* (p. 12). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* (21, 22,23) , 61-65.
- Marinho, S. (2010). *O Suporte Social e a Depressão no Idoso. Dissertação de Mestrado não-publicada*. Porto: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Marques, A., Queirós, C., & Rocha, N. (3 de Janeiro de 2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças* 7 (1) , pp. 109-116.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (n.d de n.d de 2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças* 4 (1) , pp. 131-148.
- Matos, A. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A., & Ferreira, A. (n.d de Julho/Setembro de 2000). Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica* 21 (3) , pp. 243-253.
- McInerney, S., Finnerty, S., Avalos, G., & Walsh, E. (2010). Better off in the community? A 5-Year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Soc. Psychiatriat Epidemiol* (45) , 469-4473.
- Mental, C. N. (2002). *Propostas e recomendações*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Mental, C. N. (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: Plano de Acção 2007-2016*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Milheiro, C. (2009). Qualidade de Vida e Apoio Social: Um estudo em doentes com Perturbação Depressiva Major. *IV Congresso de Saúde e Qualidade de Vida* (p. 11). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (n.d de n.d de 2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva* 5 (1) , pp. 7-18.
- Monteiro, A. (n.d de Julho de 2009). Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal. *Revista Referência II* (10) , pp. 35-46.
- Monteiro, F., Matias, & j. (n.d de n.d de 2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica* 1 (XXV) , pp. 111-125.
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Moxley, D. (1988). Exploring the Social Support Network of Persons with Psychiatric Disabilities. A Pilot Investigation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 2 (21) , 18-27.
- Nunes, M. (n.d de n.d de 2005). Apoio Social na Diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Politécnico de Viseu* 9 (31) , pp. 135-149.
- Okin, R., & Pearsall, D. (1993). Patients' Perceptions of Their of Quality of Life 11 Years After Discharge From a State Hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 44 (3) , 236-240.
- Okin, R., Dolnick, J., & Pearsall, D. (1983). Patients' perspectives on community alternatives to hospitalization: as follow-up study. *The American Journal of Psychiatry* 140 (11) , 1460-1464.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamad, H. (1996). *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* (pp. 1-6). Ottawa-Canadá: OMS.
- Organization, W. H. (1999). *Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life. Assesaúde mentalent Instrument - WHOQOL*. Geneva: Wordl Health Organization.
- Orley, J., Saxena, S., & Herrman, H. (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *The British Journal of Psychiatry* 172 , 291-293.
- Ornelas, J. (n.d de n.d de 2007). Psicologia Comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas cpom doença mental. *Análise psicológica* 1 (XXV) , pp. 5-11.
- Ornelas, J. (1996). Suporte Social e Doença Mental. *Análise Psicológica* 14 (2-3) , pp. 263-268.
- Ornelas, J. (n.d de n.d de 1994). Suporte Social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica XII* (2-3) , pp. 333-339.
- Pattison, M. D., Wood, P., Frazier, H., & Crowder, J. (1975). A Psychosocial Kinship Model for Family Therapie. *American Journal of Psychiatry* , 1246-1251.

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life: concept policy and practice*. London: Routledge.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (3ª ed., R. M. Garcez, Trad.)*. Porto Alegre: Artes Médicas (Obra original publicada, 1993).
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In S. Jesus, & C. Nunes, *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, J. (2005a). *Introdução à psicologia à saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2005b). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do Estado de Saúde - SF -36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Roder, V., Mueller, D., Mueser, K., & Brenner, H. (2006, August 17). Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is it Effective? *Schizophrenia Bulletin* 32 (S1), pp. 81-93.
- Sanders, C., Egger, M., Donovan, J. T., & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *BMJ* 317, 1191-1194.
- Santana, A., Chianca, T., & Cardoso, C. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 58 (3), 187-194.
- Santé, O. M. (1981). *L'évaluation des programmes de santé: Principes directeurs pour sons application dans le processus gestionnaires pour de développement sanitaire national*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Sarason, I., & Sarason, B. (1984). Life Changes, Moderators of Stress, and Health. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer, *Handbook of Psychology and Health (Vol.IV)* (pp. 279-300). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Saúde, O. M. (2008). Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. *Conferência Europeia de Alto Nível "Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar"* (pp. 1-9). Bruxelas: Ministério da Saúde .
- Saúde, O. M. (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança (Direção Geral da Saúde, Trad.)*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 2001).
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships* 8, 99-127.
- Scott, J., Dixon, & L.B. (n.d de n.d de 1995). Psychological Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21 (5), pp. 621-630.
- Seidl, E., & Zannon, C. (n.d de Março-Abril de 2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (2), pp. 580-588.
- Serra, A. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Serra, A., Pereira, M., & Leitão, J. (2010). Qualidade de Vida em Doentes Esquizofrénicos. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 271-282). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., et al. (n.d de n.d de 2003). Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e desenvolvimento de Complicações Crónicas em Indivíduos com Diabetes. *Psicologia, Saúde e Doença* 4 (1) , pp. 21-32.
- Simões, M., Sousa, L., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida: Uma Breve Revisão de Estudos com o WHOQOL-100 e o WhOQOL-Bref. In M. Canavarro, & V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 129-170). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Singer, J., & Lord, D. (1984). The Role of Social Support in Coping with Chronic or Life-Threatening Illness. In A. Baum, S. Tayler, & G. Singer, *Handbook of Psychology and Health (Vol.IV)* (pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Mendes, I. (n.d de Maio-Junho de 2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-am Enfermagem* 15(3) , pp. 183-187.
- Souza, L., & Coutinho, E. (23 de Julho de 2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28 (1) , pp. 50-58.
- Stein, L., & Test, M. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 37 , 392-397.
- Taylor, T., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T., et al. (07 de September de 2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9 (55) , pp. 1-30.
- Teixeira, M. (2005, Mar.-Abr.). Quality de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. *Revista Brasileira de Enfermagem* 58 (2) , pp. 171-175.
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessaúde mentalent of Quality-of-Life Outcoumes. *The New England Journal of Medicine* 334 (13) , 835-840.
- Tolsdorf, C. (1976). Social networks, support, and coping: an exploratory study. *Family Process* 15 (4) , 407-417.
- Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação (2ª ed.; A.R.Lopes, Trad.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Obra original publicada 1994).
- Uchimura, K., & Bosi, M. (n.d de Novembro/Dezembro de 2002). Qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 18 (6) , pp. 1561-1569.
- Valle, E., Costa, E., Firmo, J., Uchoa, E., & Costa, M. (n.d de Abril de 2009). Estudo de base populacional dos factores associados ao desempenho no Mini-Exame do Estado Mental entre idosos: Projecto Bambuí. *cadernos de Saúde Pública* 25 (4) , pp. 918-926.
- Vatne, S., & Bjorkly, S. (13 de January de 2008). Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies. A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clinical Psychology Review* (28) , pp. 869-889.

- Ware, J., & Sherbourne, C. (n.d de June de 1992). The MOS 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36). Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 30 (6) , pp. 473-483.
- Wheaton, B. (1985). Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Resources. *Journal and Health and Social Behavior* 26 , 352-364.

ANEXOS

Anexo I - Escala MMSE

Anexo II – Escala de Barthel

Anexo III - Escala de Supervisão

Anexo IV – Escala AGF

Anexo V - Escala NPI

Anexo VI – Escala de Apoio Social

Anexo VII - Escala SF-36v2

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Sócio-demográfico

Apêndice B – Autorização para Realização do Estudo

